

NURSING SERVICE, HOSPITAL

KK

TKA. 02/04

PER

P

TESIS

**PENGEMBANGAN METODE PEMBERIAN PELAYANAN
KEPERAWATAN TIM-PRIMER DI INSTALASI RUANG RAWAT INAP
PT. RUMAH SAKIT PELABUHAN SURABAYA
TAHUN 2003**

(OPERATIONS RESEARCH)



PURWANINGSIH

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2003**

TESIS

**PENGEMBANGAN METODE PEMBERIAN
PELAYANAN KEPERAWATAN TIM-PRIMER
DI INSTALASI RUANG RAWAT INAP
PT. RUMAH SAKIT PELABUHAN SURABAYA
TAHUN 2003
(OPERATIONS RESEARCH)**

**Tesis ini diajukan sebagai tugas akhir dan sebagai syarat
untuk menyelesaikan program pendidikan pada
Program Studi Administrasi Kebijakan Kesehatan
minat Magister Administrasi Rumah Sakit**

Oleh :

PURWANINGSIH
NIM. 090110274L

**PROGRAM Pascasarjana
UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA
TAHUN 2003**

LEMBAR PENGESAHAN

Tesis ini telah disetujui
pada tanggal 8 Maret 2004
oleh :

Pembimbing Ketua



Widodo JP, dr, MS, MPH, Dr.PH
NIP. 130 610 101

Pembimbing



Dwi Aryani, drg. MARS
NIP. 140 163 963

PANITIA UJIAN TESIS

Ketua Penguji : Thini Nurul R, Dra.Ec, MKes

Anggota : 1. Widodo JP, dr, MS, MPII, Dr.PH
2. Dwi Aryani, drg, MARS
3. Dra. Emma Pesik, MARS
4. Maria Chamim, dr, MARS



UCAPAN TERIMA KASIH

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kami ucapkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan hidayah yang telah diberikan kepada kami, sehingga kami dapat menyelesaikan tesis ini. Tanpa keridho'an dari Alloh SWT, insya alloh kami tidak mampu untuk menyelesaikannya.

Kami juga menyadari bahwa dalam menyelesaikan tesis ini, kami mendapatkan bantuan dukungan moral dan material dari berbagai pihak. Tanpa bantuan dari berbagai pihak, kami tidak mungkin untuk menyelesaikan tugas yang ini dengan baik.

Pada kesempatan ini, kami sangat mengucapkan banyak terima kasih kepada Bapak Widodo JP., dr., MS., MPH., Dr.PH sebagai pembimbing I dan Ibu Dwi Aryani, drg., MARS sebagai pembimbing II, yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan kepada kami. Kami menyadari tanpa pengarahan dan kesabaran beliau, tidak mungkin kami memiliki motivasi untuk menyelesaikan tesis ini.

Pada kesempatan ini pula kami mengucapkan terima kasih kepada :

1. Direktur Program Pascasarjana Universitas Airlangga, bapak Prof. Dr, H. Muhammad Amin, dr, atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada kami selama mengikuti proses pembelajaran.
2. Ketua Program Studi Administrasi Kebijakan dan Kesehatan, Bapak Widodo JP., dr., MS., MPH., Dr.PH, beserta staf, atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada kami selama mengikuti proses pembelajaran.
3. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, Bapak Prof. Dr, H.M.S. Wiyadi, dr, Sp. THT, yang telah memberi kesempatan kepada kami untuk melanjutkan pendidikan.

4. Ketua Program Studi Keperawatan Universitas Airlangga, Bp. Prof, Eddy Soewandojo, dr, Sp. PD, KTI, yang telah memberi kesempatan kepada kami untuk melanjutkan pendidikan.
5. Direktur PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya, Ibu Widorini, dr, MARS yang telah berkenan memberi kesempatan kepada kami untuk melaksanakan penelitian di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya.

Kami juga mengucapkan terima kasih secara khusus kepada kedua orang tua kami, Bapak Warno dan Ibu Sumarti, yang selalu berdo'a untuk keberhasilan kami dalam melaksanakan tugas. Kami mengucapkan banyak terima kasih kepada suami tercinta, Bapak Hari Suyanto yang telah penuh pengertian dan sangat mendorong kami untuk menyelesaikan program pendidikan ini. Demikian pula untuk anak-anak yang manis, Rizky, Aan, Fimma dan Iqra, terima kasih karena selalu membantu dan menghibur Mama untuk menyelesaikan program pendidikan ini.

Penulis



RINGKASAN

Elemen dasar dari manajemen keperawatan pada pasien, mencakup metode pemberian pelayanan keperawatan, proses keperawatan, pendidikan kesehatan pada pasien dan standar pelayanan keperawatan. Pemberian pelayanan keperawatan sebagai inti dari praktek keperawatan profesional menuntut kemampuan perawat untuk dapat berperan sebagai pengelola pelayanan keperawatan yang efektif dan efisien. Kesenambungan dalam pemberian pelayanan keperawatan ditentukan oleh jenis metode pemberian pelayanan keperawatan. Metode pemberian pelayanan keperawatan yang biasanya diterapkan pada unit pelayanan keperawatan adalah metode kasus, metode fungsional, metode primer dan metode manajemen kasus.

Pemilihan jenis format dan model dokumentasi harus disesuaikan dengan metode pemberian pelayanan keperawatan yang diterapkan. Jenis format dan model dokumentasi keperawatan yang baik, adalah yang sesuai dengan kebutuhan akan pelayanan keperawatan dan dapat menggambarkan perkembangan status kesehatan pasien.

Metode pemberian pelayanan keperawatan yang ditetapkan di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya adalah metode tim, tetapi dalam pelaksanaan sehari-hari menggunakan metode fungsional. Hal tersebut tergambar dalam penerapan dokumentasi asuhan keperawatan, yaitu tidak ada pembagian tanggung jawab yang jelas diantara para perawat. Model dokumentasi yang diterapkan adalah model tradisional, sehingga memerlukan jumlah format yang banyak yang menyebabkan para perawat banyak melakukan kegiatan tulis menulis.

Berdasarkan latar belakang tersebut di atas, maka masalah penelitian ini adalah ketidakefektifan waktu rata-rata 10,2 menit per pasien dan ketidakefisiensian *cost* rata-rata Rp. 455 per pasien dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan. Pengukuran efektifitas penelitian ini, dilakukan dengan cara menghitung jumlah waktu (menit) yang digunakan perawat dalam melaksanakan pengkajian pada pasien baru. Pengukuran efisiensi *cost*, dihitung dari jumlah kertas yang digunakan perawat dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pada masing-masing pasien.

Tujuan penelitian ini adalah mengembangkan metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer yang efektif dan efisien dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan. Desain penelitian menggunakan *pre post experiment*, dengan melakukan pengukuran efektifitas dan efisiensi dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan yang dilakukan sebelum intervensi dan sesudah intervensi. Penelitian ini dilakukan di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Pelabuhan Surabaya dalam jangka waktu sepuluh bulan.

Evaluasi hasil intervensi dilakukan dua kali, yaitu dua minggu dan satu bulan setelah penelitian. Hasil dari evaluasi dua minggu adalah terjadi selisih efektifitas waktu rata-rata 9,4 menit dan selisih efisiensi 9 lembar kertas per pasien dalam penerapan dokumentasi asuhan keperawatan. Hasil evaluasi satu bulan adalah terjadi selisih efektifitas waktu rata-rata 10,5 menit dan selisih efisiensi 9,4 lembar kertas per pasien dalam penerapan dokumentasi asuhan keperawatan. Kesimpulan yang didapat adalah model dokumentasi asuhan keperawatan yang diujicobakan (yang dibuat peneliti) lebih

efektif dan efisien dibandingkan dengan model dokumentasi yang ditetapkan PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya.

Beberapa saran berdasarkan hasil penelitian ini adalah sebaiknya metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer secepatnya diterapkan, agar pola pikir perawat tidak hilang setelah mendapatkan beberapa pelatihan dalam penerapan ini.





ABSTRACT

The basic element of nursing care management consists of the method of nursing services, nursing care process, health education and the standard of nursing care implementation.

The choice of format and documentation model of nursing care implementation should be adjusted to the nursing services in each and every hospital. A good format and the best documentation model can fulfill the need of nursing services while at the same time can describe the progress of the patients' health status. There are four methods of nursing services i.e. case method, functional method, primary method and case-management method.

The PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya pointed team-method as its method of nursing services, however the functional method was practiced in a day-to-day operation. This condition was shown by the lack of clear job descriptions and no specific responsibilities for nurses. At present, the nursing care implementation documentation was a traditional model where nurses must do many writings due to abundant formats. The problem laid on a non-effective average time of 10.2 minutes plus a non-efficient cost of Rp455,00 for documenting each new patient. Calculating effectivity means measuring the time needed to admit a new patient, while the efficiency cost was calculated by checking how many papers used to do nursing care documentation for each patient.

The objective of this study was to develop an effective and efficient method of nursing care services in nursing care documentation implementation. The framework of the study was a quasi-experimental design in the form of before and after intervention study in which the subject was the nurses at the inpatient wards of PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya. The study was completed in ten months from November 2002 to August 2003, the intervention was evaluated twice after the study was finished.

The first evaluation was done two weeks after the study, showing a difference of time effectivity by an average of 9.4 minutes and an average efficiency of 9 piece of papers. The second evaluation was taken a month after the study, showing a difference of time effectivity of 10.5 minutes and an average efficiency of 9.4 piece of papers per patient in nursing care documentation implementation.

The conclusion showed that the nursing care documentation model designed by the author was better (in effectivity and efficiency) than the present model applied by PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya. The inpatient wards' nurses had been trained to do the new model, thus the author recommended PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya to execute immediately the new design.

Key words: tim-primer method, nursing care documentation, standard nursing care, time effectivity, cost efficiency.



DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR PENGESAHAN	iii
PANITIA PENGUJI	iv
UCAPAN TERIMA KASIH	v
RINGKASAN	vii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang masalah	1
1.2 Identifikasi Masalah	16
1.3 Rumusan Masalah	23
1.4 Tujuan Penelitian	
1.4.1 Tujuan umum	23
1.4.2 Tujuan khusus	24
1.5 Manfaat Penelitian	
1.5.1 Bagi rumah sakit	25
1.5.2 Bagi institusi pendidik	25
1.5.3 Bagi peneliti	25
1.5.4 Bagi dunia ilmu pengetahuan	26

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Metode Pemberian Pelayanan Keperawatan	27
2.2 Pengertian Metode Pemberian Pelayanan Keperawatan	27
2.3 Jenis Metode Pemberian Pelayanan Keperawatan	
2.3.1 Metode kasus	30
2.3.2 Metode fungsional	31
2.3.3 Metode tim	33
2.3.4 Metode primer	36
2.3.5 Metode manajemen kasus	40
2.3.6 Metode modifikasi tim-primer	41
2.4 Konsep Tim dan Pengembangan Tim	
2.4.1 Pengetian tim	44
2.4.2 Beberapa Jenis tim	44

2.4.3 Manfaat tim	45
2.4.4 Tim yang efektif	46
2.4.5 Pengembangan tim dan perubahan	48
2.5 Proses Keperawatan	
2.5.1 Pengertian proses keperawatan	51
2.5.2 Tujuan proses keperawatan	52
2.5.3 Riwayat perkembangan proses keperawatan	52
2.5.4 Tujuan dan kegiatan setiap tahapan dalam proses keperawatan.....	54
2.5.5 Karakteristik proses keperawatan	56
2.5.6 Manfaat proses keperawatan	58
2.6 Dokumentasi Asuhan Keperawatan	
2.6.1 Pengertian dokumentasi asuhan keperawatan	59
2.6.2 Tujuan dokumentasi asuhan keperawatan	59
2.6.3 Manfaat dokumentasi asuhan keperawatan	60
2.6.4 Beberapa petunjuk dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan yang berkualitas	61
2.6.5 Beberapa jenis format dan model dokumentasi asuhan keperawatan	63
2.7 Teori Efektifitas	67
2.8 Teori Efisiensi	68
 BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL	 70
 BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian	73
4.2 Kerangka Operasional Penelitian	75
4.3 Variabel Penelitian	79
4.4 Definisi Operasional	79
4.5 Materi atau Bahan Penelitian	81
4.6 Instrumen Penelitian	81
4.7 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data	82
4.8 Cara Analisis Data	82
4.9 Lokasi dan Waktu Penelitian	83
 BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN ANALISISNYA	
5.1 Gambaran umum PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya	84
5.2 Tahap penelitian pre intervensi	85
5.3 Tahap penelitian intervensi	99
5.4 Tahap penelitian post intervensi	107
 BAB 6 PEMBAHASAN	 115
 BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN	 126
 DAFTAR PUSTAKA	 128

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 : Hasil observasi penerapan sistem atau metoda pemberian pelayanan Keperawatan di ruang rawat inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya, Pada bulan Nopember 2002	5
Tabel 1.2 : Daftar persentase pengisian dokumentasi asuhan keperawatan di PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya, dengan pengambilan sampel secara acak pada bulan Januari sampai dengan Oktober tahun 2002	7
Tabel 1.3 : Daftar persentase penggunaan waktu (menit) dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya, bulan Januari tahun 2003.....	12
Tabel 1.4 : Daftar persentase penggunaan kertas (lembar) dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya, bulan Januari tahun 2003	13
Tabel 1.5 : Daftar persentase jumlah tenaga perawat berdasarkan latar belakang pendidikan di PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya, tahun 2002	15
Tabel 5.1 : Daftar uraian tugas Penanggung Jawab Ruang Rawat Inap, Penanggung Jawab Shift, Koordinator Penanggung Jawab Shift dan Perawat Pelaksana PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya , bulan Agustus 2003.....	89
Tabel 5.2 : Daftar rata-rata hasil pengukuran efektifitas waktu perawat dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan dengan menggunakan format yang ditentukan oleh PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya	93
Tabel 5.3 : Daftar rata-rata hasil pengukuran efisiensi <i>cost</i> perawat dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan dengan menggunakan format yang ditentukan oleh PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya	94
Tabel 5.4 : Perbandingan antara jumlah tenaga keperawatan dan jumlah tempat tidur di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya berdasarkan unit ruang rawat inap, pada bulan Agustus 2003.....	97
Tabel 5.5 : Perbandingan antara latar belakang pendidikan perawat dan jumlah tenaga keperawatan di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya berdasarkan unit ruang rawat inap, pada bulan Agustus 2003	97
Tabel 5.6 : Perbandingan antara pengalaman bekerja perawat dan jumlah tenaga tenaga keperawatan di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya berdasarkan unit ruang rawat inap, pada bulan Agustus 2003	98
Tabel 5.7 : Perbandingan jumlah rata-rata pasien dan jumlah total perawat pada masing-masing unit ruang rawat inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya pada bulan Agustus 2003	99
Tabel 5.8 : Rata-rata hasil penghitungan efektifitas waktu (menit) yang digunakan perawat dalam melaksanakan pengkajian dengan menggunakan format yang dibuat oleh peneliti pada bulan Juli sampai dengan Agustus, tahun 2003	108
Tabel 5.9 : Rata-rata hasil penghitungan efisiensi <i>cost</i> (lembar) yang digunakan perawat dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan dengan menggunakan format yang dibuat oleh	

peneliti, pada bulan Juli sampai dengan Agustus 2003	109
Tabel 5.10 : Selisih rata-rata hasil penghitungan efektifitas waktu (menit) yang digunakan perawat dalam melaksanakan pengkajian dengan menggunakan format yang ditetapkan oleh PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya dengan yang dibuat oleh peneliti. Pada bulan Agustus 2003	110
Tabel 5.11 : Selisih rata-rata hasil penghitungan efisiensi <i>cost</i> (lembar) Yang digunakan perawat dalam melaksanakan pengkajian dengan Menggunakan format yang ditetapkan oleh PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya dengan yang dibuat oleh peneliti. Pada bulan Agustus 2003	111
Tabel 5.12 : Persentase hasil angket yang disebarkan untuk Penanggung Jawab Ruang Rawat Inap, Penanggung Jawab Shift dan Perawat Pelaksana untuk mengevaluasi penerapan format dokumentasi asuhan keperawatan yang telah diujicobakan pada PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya, bulan Agustus 2003	112



DAFTAR GAMBAR


Gambar 1.1 : Beberapa faktor yang berpengaruh terhadap tingkat efektifitas dan efisiensi dalam memberikan pelayanan keperawatan pada pasien	17
Gambar 2.1 : Hubungan antar elemen dalam praktek keperawatan	26
Gambar 2.2 : Struktur metode pemberian pelayanan keperawatan fungsional	32
Gambar 2.3 : Struktur metode pemberian pelayanan keperawatan tim	36
Gambar 2.4 : Struktur metode pemberian pelayanan keperawatan primer	39
Gambar 2.5 : Struktur metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer	36
Gambar 3.1 : Kerangka konseptual penelitian modifikasi teori sistem pemberian pelayanan kesehatan.....	72
Gambar 4.1 : Kerangka operasional penelitian	75
Gambar 5.1 : Struktur organisasi pelaksanaan metode pemberian asuhan Keperawatan di ruang rawat inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya, pada bulan Agustus 2003	87
Gambar 5.2 : Struktur organisasi pelaksanaan metode pemberian asuhan keperawatan tim-primer di ruang rawat inap PT. Rumah sakit Pelabuhan Surabaya, pada bulan Agustus 2003	106



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Pengkajian keperawatan pada pasien dewasa	130
Lampiran 2 : Daftar diagnosis keperawatan	131
Lampiran 3 : Format perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi	132
Lampiran 4 : Grafik pengukuran tanda-tanda vital	133
Lampiran 5 : Lembar pemberian cairan	134
Lampiran 6 : Petunjuk teknis pengisian format dokumentasi asuhan keperawatan	135
Lampiran 7 : Pengkajian keperawatan (PT. RS. Pelabuhan)	140
Lampiran 8 : Rencana Keperawatan (PT. RS. Pelabuhan)	144
Lampiran 9 : Tindakan keperawatan (PT. RS. Pelabuhan)	145
Lampiran 10 : Grafik (PT. RS. Pelabuhan).....	146
Lampiran 11 : Pemberian cairan (PT.RS. Pelabuhan).....	147
Lampiran 12 : Lembar observasi (PT. RS. Pelabuhan)	148
Lampiran 13 : Evaluasi (PT. RS. Pelabuhan).....	149
Lampiran 14 : Standar job discription	150
Lampiran 15 : Standar kegiatan pengelolaan	152
Lampiran 16 : Proposal pelatihan keperawatan	154
Lampiran 17 : Materi pelatihan keperawatan	159
Lampiran 18 : Proposal FGD	167





BAB 1 PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Elemen dasar dari manajemen pelayanan keperawatan pada pasien, meliputi metode pemberian pelayanan keperawatan, proses keperawatan, pendidikan kesehatan pada pasien dan standar pelayanan keperawatan (Rowland H and Rowland B, 1997). Pemberian asuhan atau pelayanan keperawatan sebagai inti dari suatu praktek keperawatan profesional menuntut kemampuan para perawat untuk dapat berperan sebagai pengelola pelayanan keperawatan yang efektif dan efisien. Praktek keperawatan profesional dapat dilaksanakan, jika perawat mempunyai perilaku profesional dan tersedia tatanan pelayanan keperawatan dengan menggunakan sistem atau metoda pemberian pelayanan keperawatan yang profesional. Perilaku profesional yang harus dimiliki oleh seorang perawat profesional dapat tercermin dari tiga ketrampilan profesional, yaitu ketrampilan intelektual, ketrampilan teknis dan ketrampilan interpersonal (Le Mone, 1993).

Pada tahun 1982 *National League for Nursing* di Amerika Serikat, membuat suatu ketetapan bahwa yang disebut perawat profesional adalah seorang perawat yang mempunyai latar belakang pendidikan tingkat sarjana. Perawat yang mempunyai latar belakang pendidikan diploma adalah sebagai perawat teknis. Pada tahun 1998, organisasi perawat di Indonesia (Persatuan Perawat Nasional Indonesia atau PPNI) membuat suatu ketetapan bahwa yang disebut sebagai seorang perawat profesional adalah seorang perawat yang mempunyai latar belakang pendidikan minimal Diploma III Keperawatan, dan disebut sebagai perawat profesional pemula.

Kesinambungan dalam pemberian pelayanan atau asuhan keperawatan ditentukan oleh penerapan jenis metode pemberian pelayanan keperawatan (Rowland H and Rowland B, 1997). Mekanisme dalam penerapan suatu metode pemberian asuhan keperawatan akan memberikan gambaran terhadap pengelolaan pemberian asuhan keperawatan pada pasien dan menggambarkan bagaimana peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan (Rowland H and Rowland B, 1997). Metode pemberian pelayanan keperawatan yang biasanya diterapkan pada unit pelayanan keperawatan adalah metode kasus, metoda fungsional, metode primer dan metode manajemen kasus (Marriner Ann-Tomey, 1992). Menurut Sitorus Ratna, 2000, terdapat beberapa faktor yang harus dipertimbangkan dalam pemilihan untuk menerapkan metode pemberian pelayanan keperawatan, diantaranya adalah :

1. Visi dan Misi rumah sakit
2. Dapat diterapkannya proses keperawatan dengan benar
3. Efektif dan efisien
4. Kepuasan pasien
5. Kepuasan kinerja perawat.

Metode pemberian pelayanan keperawatan kasus adalah seorang pasien akan dirawat oleh satu orang perawat, untuk memenuhi seluruh kebutuhan pasien selama perawat tersebut melaksanakan tugas (dalam satu *shif*) (Marriner Ann-Tomey, 1992). Metode pemberian pelayanan keperawatan fungsional adalah pemberian pelayanan keperawatan berdasarkan pembagian jenis kegiatan tindakan keperawatan pada seorang perawat tertentu, yang diberikan kepada seluruh pasien yang ada di unit pelayanan keperawatan tersebut (Rowland H and Rowland B, 1997). Metoda pemberian pelayanan

keperawatan tim adalah pemberian pelayanan keperawatan pada sekelompok pasien oleh sekelompok perawat, yang dikoordinir oleh seorang perawat sebagai ketua tim. Metode pemberian pelayanan tim ini dapat diberikan secara komprehensif tetapi tidak berkesinambungan, karena pada setiap pertukaran tugas pasien akan dirawat dan dikoordinir oleh perawat yang berbeda (Rowland H and Roland B, 1997). Metode pemberian pelayanan keperawatan primer adalah pemberian pelayanan keperawatan pada sekelompok pasien yang dikoordinir oleh seorang perawat primer yang bertanggung jawab selama 24 jam dalam sehari atas seluruh pemberian perawatan pasien mulai datang sampai dengan pulang (Rowland H and Rowland B, 1997). Asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien dapat secara komprehensif dan berkesinambungan, jika menggunakan metoda pemberian pelayanan keperawatan primer ini.

Penelitian terhadap metode pemberian pelayanan keperawatan primer tersebut, telah dilakukan di Amerika Serikat pada tahun 1996, oleh Judith Shindul dan Rothshild tentang persepsi para perawat terhadap kualitas pemberian pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan metode pemberian pelayanan keperawatan primer. Hasil dari penelitian tersebut adalah terdapat 74 % perawat yang mengatakan bahwa dengan penerapan metoda pelayanan keperawatan primer, terdapat penurunan penggunaan waktu dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, artinya waktu lebih efektif. Penelitian tersebut juga menemukan bahwa terdapat 86 % perawat yang melaksanakan dokumentasi secara benar, artinya isi dari dokumentasi asuhan keperawatan tersebut sesuai dengan perkembangan status kesehatan pasien.

Metode manajemen kasus adalah pemberian pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien oleh sekelompok tenaga kesehatan profesional. Satu kelompok tenaga

kesehatan profesional terdiri dari dokter, perawat, farmasis, ahli gizi dan tenaga kesehatan lain yang berhubungan dengan masalah kesehatan pasien (Rowlan H and Rowland B, 1997).

Penerapan masing-masing sistem atau metode pemberian pelayanan keperawatan tersebut akan menunjukkan tingkat profesionalitas dari pemberian pelayanan atau asuhan keperawatan yang dapat memfasilitasi para perawat untuk memberikan asuhan keperawatan profesional adalah metode primer dan *case management* (Rowland H and Rowland B, 1997).

PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya adalah suatu institusi rumah sakit yang mempunyai kapasitas tempat tidur 110, dengan falsafah keperawatan pemberian asuhan keperawatan profesional kepada pasien. Metode pemberian pelayanan atau asuhan keperawatan yang ditetapkan di ruang rawat inap adalah metode tim. Struktur yang ditetapkan adalah seorang Penanggung Jawab Ruang Rawat Inap membawahi perawat koordinator atau perawat jaga *shif*, dan perawat koordinator membawahi beberapa perawat pelaksana. Penanggung Jawab Ruang Rawat Inap bertanggung jawab kepada Manajer Instalasi Ruang Rawat Inap dalam hal kegiatan operasional pemberian pelayanan di ruang rawat inap. Pengembangan profesional bidang keperawatan ada pada Manajer Keperawatan, untuk seluruh perawat di PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya. Berdasarkan hasil observasi kami terhadap penerapan sistem atau metode pemberian pelayanan keperawatan di ruang rawat inap, pada bulan Nopember 2002 adalah sebagai berikut :

Tabel 1.1 : Hasil observasi penerapan sistem atau metode pemberian pelayanan keperawatan di ruang rawat inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya, pada bulan Nopember 2002.

NO	PUKUL	KEGIATAN
1.	07.00 – 08.30	<ul style="list-style-type: none"> a. Seluruh perawat yang dinas pagi, masing – masing Membaca status pasien secara keseluruhan. b. Timbang terima antara perawat dinas malam dan perawat dinas pagi. c. Seluruh perawat berkeliling, melihat kondisi pasien d. Pembagian tugas oleh kepala ruangan berdasarkan jenis tindakan keperawatan pada perawat tertentu.
2.	08.30 – 14.00	<ul style="list-style-type: none"> a. Kepala ruangan : <ul style="list-style-type: none"> 1). Melaksanakan kegiatan administrasi 2). Mengkoordinir kegiatan perawat pelaksana 3). Memonitor kegiatan perawat pelaksana 4). Rapat dengan manager keperawatan b. Koordinator perawat : <ul style="list-style-type: none"> 1). Membantu kegiatan kepala ruangan untuk kegiatan administrasi. 2). Memberi asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan jenis tindakan untuk seluruh pasien. c. Perawat pelaksana : <ul style="list-style-type: none"> 1). Memberikan asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan jenis tindakan keperawatan untuk seluruh pasien.
3.	14.00 – 14.30	<ul style="list-style-type: none"> a. Melaksanakan timbang terima antara perawat dinas pagi dengan perawat dinas sore.
4.	14.30 – 20.00	<ul style="list-style-type: none"> a. Masing – masing perawat memberikan asuhan Keperawatan pada pasien berdasarkan jenis tindakan Keperawatan untuk seluruh pasien.
5.	20.00 – 20.15	<ul style="list-style-type: none"> a. Melakukan timbang terima antara perawat jaga sore dengan perawat jaga malam.

Dilanjutkan ke hal. 6

Lanjutan dari hal. 5

NO	PUKUL	KEGIATAN
6.	20.15 – 07.00	a. Masing – masing perawat memberikan asuhan Keperawatan berdasarkan jenis tindakan Keperawatan untuk seluruh pasien.

Berdasarkan Tabel 1.1 tersebut , dapat tergambarkan bahwa metode pemberian pelayanan keperawatan yang diterapkan di ruang rawat inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya adalah metoda fungsional, meskipun yang ditetapkan oleh Manajer Keperawatan PT. Rumah Sakit Pelabuhan adalah metode tim. Pada tabel tersebut tampak bahwa para perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien adalah dengan berdasarkan jenis tindakan perawatan tertentu untuk seluruh pasien. Misalnya ada seorang perawat yang bertugas untuk melaksanakan pemberian obat injeksi kepada seluruh pasien, kemudian ada seorang perawat lagi yang bertugas mengobati luka untuk seluruh pasien, dan seterusnya. Pada tabel tersebut juga tampak ketidakefisiensian teknis perawat dalam melaksanakan tugas. Hal ini disebabkan karena seluruh perawat harus membaca satu persatu catatan pasien untuk seluruh pasien yang ada dan harus berkeliling ke seluruh pasien. Dampak dari tidak adanya pembagian tanggung jawab atas pasien yang ada, maka perawat juga akan kesulitan untuk menguasai kondisi pasien, karena banyaknya pasien yang harus dikuasai. Dokumentasi asuhan keperawatan juga tidak dapat dilaksanakan dengan benar. Hal ini terlihat dari hasil identifikasi kami di bagian Rekam Medik mengenai pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan (dengan

mengambil sampel secara acak sebanyak 200 hasil pencatatan dokumentasi asuhan keperawatan pada bulan Januari – Oktober tahun 2002) adalah sebagai berikut :

Tabel 1.2 : Daftar persentase pengisian dokumentasi asuhan keperawatan di PT. RS Pelabuhan Surabaya, dengan pengambilan sampel secara acak pada bulan Januari – Oktober tahun 2002.

NO	TAHAPAN	TERISI PENUH		TERISI TAK PENUH		TOTAL
		JML	%	JML	%	
1.	Pengkajian	40	20	160	80	200
2.	Diagnosis	200	100	0	0	200
3.	Perencanaan	200	100	0	0	200
4.	Pelaksanaan	184	92	16	8	200
5.	Evaluasi	136	68	64	32	200
	TOTAL	760	380	240	120	
	RATA – RATA	152	76	48	24	

SUMBER : Bagian Rekam Medik PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya, tahun 2002

Pada Tabel 1.2 tersebut, pengkajian keperawatan tidak terisi penuh sebanyak 80 %, khususnya pada daftar masalah yang ada pada kolom sebelah kanan. Sebenarnya format pengkajian sudah didesain untuk memudahkan perawat dalam menemukan masalah , yaitu di sebelah kiri terdapat kolom data dan di sebelah kanannya terdapat kolom masalah. Format pengkajian juga dalam bentuk *check list*, sehingga perawat tinggal memilih data yang sesuai dengan kondisi pasien. Kendala yang dihadapi perawat dalam pengisian pengkajian tersebut adalah data yang telah disiapkan pada kolom sebelah kiri tidak sesuai dengan masalah yang tersedia pada kolom sebelah kanan. Misalnya pada kolom data (kolom sebelah kiri) tercantum data tentang pola nutrisi, tetapi pada kolom masalah (kolom sebelah kanan) tercantum masalah nyeri.

Tahapan diagnosis sudah didokumentasikan 100 %, tetapi seluruh perawat membuat diagnosis keperawatan hanya satu selama pasien dirawat di ruang rawat inap. Hal ini tidak mungkin terjadi karena masalah keperawatan pada pasien adalah sangat kompleks dan dapat berubah setiap saat. Misalnya pasien dengan gagal jantung kiri, perawat hanya menuliskan diagnosis keperawatan nyeri. Diagnosis keperawatan yang seharusnya terjadi pada pasien gagal jantung kiri diantaranya adalah gangguan pola nafas, intoleransi aktifitas, takut atau cemas dan kurang pengetahuan terhadap tindakan yang akan dilakukan (Bayne, 1995). Peneliti juga menemukan dalam penentuan diagnosis keperawatan yang ada pada pengkajian (pada kolom masalah) tidak sesuai dengan diagnosis keperawatan yang ada pada kolom diagnosis keperawatan. Misalnya pada pengkajian ditulis nyeri, tetapi pada lembar diagnosis dituliskan peningkatan suhu tubuh.

Tahapan perencanaan juga sudah didokumentasikan 100 %, tetapi seluruh perawat juga hanya membuat satu kali perencanaan. Perencanaan yang dibuat oleh perawat tidak operasional, artinya belum tentu apa yang tercantum pada rencana tindakan perawatan dapat dilaksanakan dalam bentuk tindakan keperawatan. Misalnya pada pasien terjadi penurunan nafsu makan, pada perencanaan perawat menuliskan berikan makan sedikit-sedikit tapi sering, sajikan makan yang hangat dan menarik. Rencana tindakan keperawatan yang ditulis pada lembar perencanaan tersebut tidak dilaksanakan. Pembuatan perencanaan juga tidak berdasarkan pada standar asuhan keperawatan yang ditetapkan oleh Manajer Keperawatan PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya.

Dokumentasi pada tahapan pelaksanaan, 92 % sudah dilakukan oleh perawat. Isi dari dokumentasi pada pelaksanaan tidak sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat. Kegiatan rutin perawat yang tidak terkait dengan masalah pasien juga tercantum pada

dokumentasi pelaksanaan. Misalnya ditulis perawat melakukan operan dengan dinas malam. Terdapat juga beberapa penulisan yang duplikasi, diantaranya adalah tentang penulisan hasil pengukuran tanda-tanda vital, pemberian obat-obatan dan pemberian cairan. Penulisan hasil pengukuran tanda-tanda vital disamping dituliskan pada lembar tindakan keperawatan, juga dituliskan pada lembar grafik pengukuran tanda-tanda vital. Demikian pula terhadap penulisan pemberian obat-obatan dan pemberian cairan. Pada pemberian cairan terjadi pemborosan penggunaan kertas, karena setiap hari perawat harus mengganti kertas tetapi yang ditulisi hanya dua sampai dengan tiga baris.

Dokumentasi pada tahapan evaluasi tidak terisi penuh sebesar 32 %, terutama pada pasien yang dirawat lebih dari lima hari. Bentuk evaluasi yang digunakan adalah catatan perkembangan dengan menuliskan SOAP (Subyektif, Obyektif, Analisis, Planing) pada setiap pergantian dinas. Bentuk evaluasi seperti ini kurang mencerminkan tentang keberhasilan dari tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien. Misalnya terdapat peningkatan suhu tubuh pada pasien *typhus abdominalis*, secara pathofisiologi panas tersebut akan hilang dalam jangka waktu tujuh sampai sepuluh hari. Jika perawat membuat evaluasi pada hari pertama, maka suhu tubuh pasien pasti belum normal. Isi dari dokumentasi perawat dalam SOAP, akan monoton (sama dalam setiap menulis) mulai dari pasien datang sampai dengan pulang dan tidak menunjukkan perkembangan status kesehatan pasien. Misalnya S : suhu 38°C, O : perfusi hangat, A : masalah belum teratasi, P : rencana semula dilanjutkan. Penulis juga menemukan, pada awal pasien datang suhu tubuh pasien adalah 39°C sehingga perawat menentukan masalah terjadinya peningkatan suhu tubuh. Pada hari ketiga suhu tubuh pasien adalah 36⁹°C, tetapi dalam

SOAP perawat tetap mencantumkan masalah belum teratasi, rencana semula dilanjutkan sampai pasiennya pulang.

Berdasarkan uraian tersebut di atas, maka dokumentasi asuhan keperawatan secara kuantitas rata-rata 76 % sudah dilaksanakan, tetapi perawat hanya sekedar menulis tanpa melihat status kesehatan pasien dan antar tahapan pada proses keperawatan tidak berhubungan serta tidak berkesinambungan. Dokumentasi asuhan keperawatan belum dilakukan dengan benar dan tidak mencerminkan perkembangan status kesehatan pasien.

Ketidakefektifan perawat dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan dapat juga dilihat dari prosedur dan penggunaan waktu yang digunakan. Berdasarkan hasil observasi yang kami lakukan pada bulan Januari 2003 mengenai prosedur dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan adalah sebagai berikut :

Seorang pasien baru akan diterima oleh seorang perawat yang bertugas di ruang rawat inap. Perawat tersebut akan melakukan pengkajian, membuat diagnosis keperawatan, membuat perencanaan, dan memberikan tindakan keperawatan. Apabila situasi di ruangan tersebut sibuk, maka perawat tersebut dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan tidak lengkap dan akan dilengkapi pada kemudian hari. Pada akhir dinas, perawat yang menerima pasien pertama kali atau perawat lain akan melakukan evaluasi dengan menuliskan SOAP. Pada *shif* atau pergantian dinas berikutnya, perawat yang menerima pasien pertama kali sudah tidak bertanggung jawab dan hal tersebut juga berlaku pada perawat lain. Tanggung jawab terhadap dokumentasi asuhan keperawatan, tidak ada pada salah satu atau sekelompok perawat. Jika terdapat suatu kesalahan maka akan kesulitan untuk ditentukan perawat mana yang harus bertanggung jawab.

Terdapat 6 jenis format yang digunakan di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit. Pelabuhan Surabaya, yaitu format pengkajian 4 lembar, format perencanaan 1 lembar, format pelaksanaan tindakan keperawatan 1 lembar, format grafik pengukuran tanda-tanda vital 1 lembar, format observasi cairan 1 lembar dan format evaluasi 1 lembar. Jumlah satu set format dokumentasi asuhan keperawatan ada 9 lembar. Jika pasien dilakukan tindakan operasi, maka format ditambah satu yaitu lembar observasi. Standar format dokumentasi asuhan keperawatan yang dibuat peneliti ada 5 lembar, yang terdiri dari format pengkajian 1 lembar, format daftar diagnosa keperawatan 1 lembar, format perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi 1 lembar, format grafik pengukuran tanda-tanda vital 1 lembar dan format observasi cairan 1 lembar.

Peneliti melakukan observasi tentang berapa waktu yang dibutuhkan oleh para perawat dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pada waktu menerima pasien baru. Pada saat melaksanakan observasi tersebut, peneliti melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien yang sama, dengan menggunakan format standar yang telah dibuat oleh peneliti. Hasil dari observasi ini, selanjutnya dilakukan perbandingan dengan standar yang telah dibuat oleh peneliti. Hasil dari perbandingan waktu yang dibutuhkan dalam melaksanakan asuhan keperawatan antara yang dilakukan oleh para perawat di ruang rawat inap dan yang dilakukan oleh peneliti adalah sebagai berikut :

Tabel 1.3 : Daftar persentase penggunaan waktu (menit) dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya, bulan Januari, tahun 2003.

NO	JUMLAH WAKTU DG FORMAT RSP (A)	JUMLAH WAKTU DG FORMAT PENELITI (B)	SELISIH ANTARA (A) DAN (B)	PERSENTASE
1.	12	6	6	200
2.	15	7	8	214,3
3.	20	8	12	250
4.	17	7	10	242,8
5.	20	7	13	285,7
6.	15	6	9	250
7.	16	6	10	266,7
8.	24	10	14	240
9.	20	9	11	220,2
10.	15	6	9	250
RATA-RATA	17,4	7,2	10,2	241,7

Pada tabel 1.3, terlihat bahwa waktu yang digunakan dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan selama ini adalah rata-rata 17,4 menit dalam menerima satu pasien baru, sedangkan waktu yang digunakan dengan menggunakan format dokumentasi standar (yang dibuat oleh peneliti) adalah 7,2 menit. Terdapat peningkatan jumlah waktu rata-rata 241,7 % yang digunakan perawat dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pada waktu menerima pasien baru. Jumlah waktu yang digunakan perawat adalah hampir dari dua setengah kali lipat dari waktu yang digunakan dalam melaksanakan asuhan keperawatan berdasarkan standar yang dibuat oleh peneliti. Penggunaan waktu dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan dapat dikatakan tidak efektif.

Efisiensi dari penerapan asuhan keperawatan dapat dilihat dari segi tingkat efisiensi teknis dan tingkat efisiensi *cost*. Tingkat efisiensi teknis dapat dilihat pada tabel 1.1 mengenai penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan dalam melaksanakan timbang terima antara perawat dinas malam dan dinas pagi, yaitu semua perawat membaca satu persatu lembar status kesehatan pasien. Tingkat efisiensi *cost*, salah satunya dapat diukur dengan menghitung jumlah kertas yang digunakan perawat dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan.

Tabel 1.4 : Daftar persentase penggunaan kertas (lembar) dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya, bulan Januari, tahun 2003.

NO	JML KERTAS DG FORMAT RSP (A)	JML KERTAS DG FORMAT PENELITI (B)	SELISIH ANTARA (A) DAN (B)	PERSENTASE
1.	13	6	7	110,7
2.	20	7	13	185,7
3.	19	8	11	137,5
4.	12	6	6	100
5.	16	7	9	128,6
6.	18	7	11	157,1
7.	13	6	7	110,7
8.	18	8	10	125
9.	17	7	10	142,9
10.	15	6	9	150
RATA-RATA	16,1	6,8	9,3	136,8

Pada tabel 1.4. tergambar bahwa selisih jumlah kertas yang digunakan untuk melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan adalah rata – rata 136,8%. Jumlah kertas yang digunakan saat ini adalah hampir satu setelah lipat, apabila dibandingkan dengan

menggunakan format sesuai dengan standar. Harga satu rim kertas adalah Rp. 25.000 dan harga satu lembar kertas adalah Rp. 50, maka harga kertas yang digunakan dalam dokumentasi asuhan keperawatan saat ini di ruang rawat inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya adalah Rp. 805 dan harga kertas yang digunakan sesuai standar yang dibuat peneliti adalah Rp. 350. Selisih antara harga kertas yang digunakan saat ini dengan harga kertas sesuai standar adalah Rp. 455 per pasien. Berdasarkan uraian tersebut diatas, bahwa terjadi kertidakefisiensian penggunaan kertas dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan sebesar Rp. 455 per pasien.

Berdasarkan penjelasan konsep sistem atau metode pemberian pelayanan keperawatan dan hasil analisa situasi tersebut di atas, maka pada PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya pada saat ini kemungkinan dapat diterapkan sistem atau metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim dan primer. Beberapa faktor yang menjadi dasar pemilihan tersebut adalah sebagai berikut :

1. Pemberian asuhan keperawatan profesional kepada pasien merupakan falsafah yang ditetapkan oleh bidang keperawatan.
2. Pada saat ini belum ada perawat dengan lulusan sarjana, tetapi 77,42 % perawat mempunyai latar belakang pendidikan D III keperawatan.
3. Terdapat lebih kurang 75 % perawat dengan latar belakang pendidikan DIII keperawatan dengan mempunyai pengalaman kerja diatas 5 tahun.

Para perawat yang mempunyai latar belakang pendidikan D III dengan pengalaman klinik lebih dari 5 tahun merupakan kontribusi yang positif untuk melaksanakan tatanan pelayanan keperawatan profesional. Para perawat tersebut telah memiliki bekal untuk memberi asuhan keperawatan profesional, meskipun masih diperlukan

tambahan wawasan dan ketrampilan.

Tabel 1.5 : Daftar persentase jumlah tenaga perawat berdasarkan latar belakang pendidikan di PT. RS Pelabuhan Surabaya, tahun 2002.

NO	TINGKAT PENDIDIKAN	JUMLAH	PERSENTASE
1.	Sarjana Keperawatan	0	0
2.	D III Keperawatan	72	77,42
3.	D III Kebidanan	2	2,15
4.	SPK*)	10	10,75
5.	Bidan	9	9,68
	TOTAL	93	100

SUMBER : Bidang Keperawatan PT. RS Pelabuhan Surabaya, bulan Nopember tahun 2002

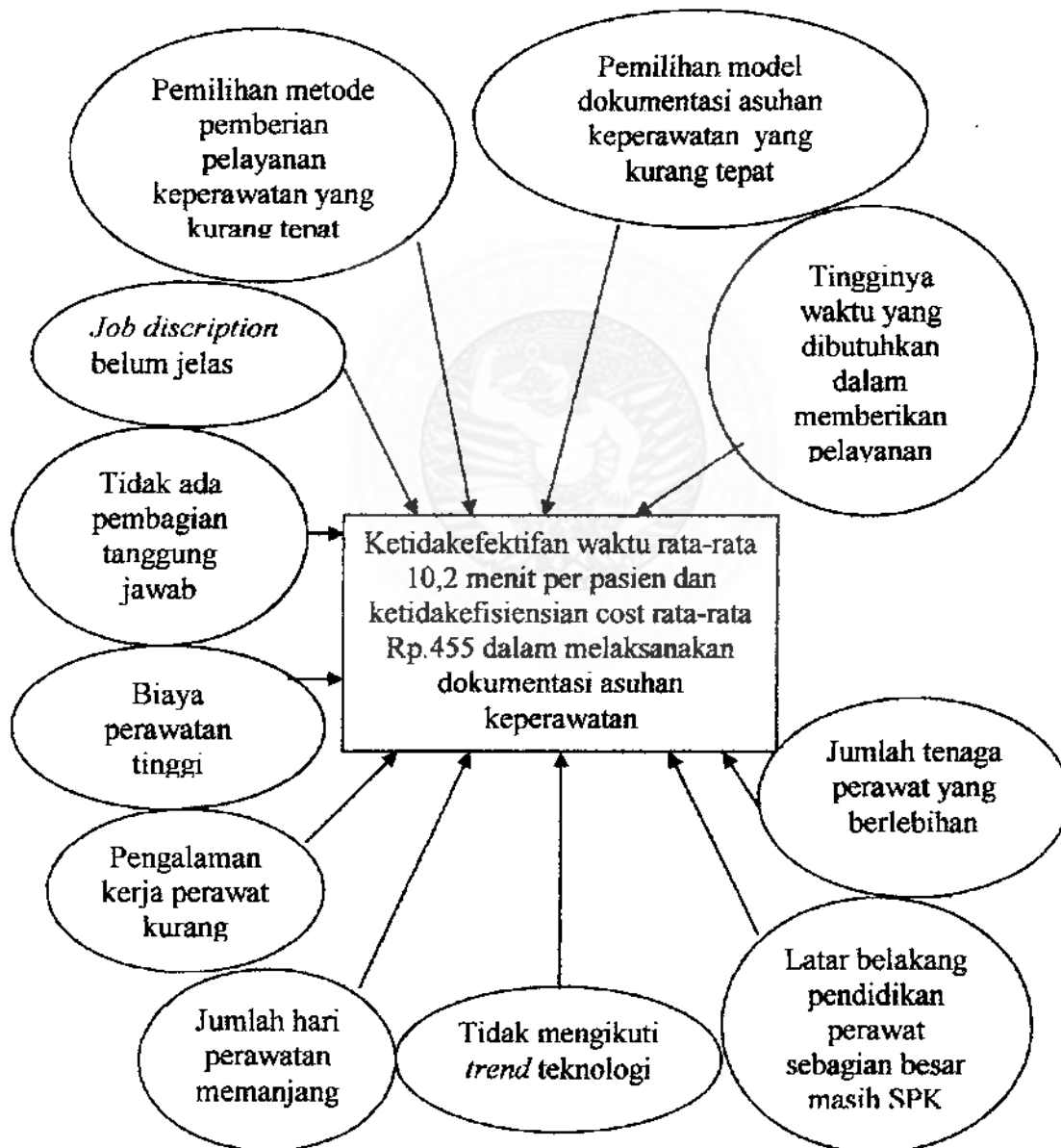
Pada tabel 1.5 tersebut , 77,42 % perawat mempunyai latar belakang pendidikan D III Keperawatan. Hal ini merupakan kondisi yang sangat mendukung jika akan dibentuk suatu tatanan pelayanan keperawatan profesional, karena perawat dengan latar belakang pendidik D III sudah memenuhi kriteria untuk menjadi perawat profesional pemula. Perawat yang masih mempunyai latar belakang SPK, pada saat ini sedang mengikuti program D III Keperawatan. Faktor pendukung lainnya adalah besarnya perawat dengan pengalaman kerja diatas 5 tahun. Diharapkan dengan mempunyai pengalaman kerja diatas lima tahun, para perawat mempunyai tingkat ketrampilan yang dapat dipergunakan untuk memenuhi kebutuhan pasien.

Berdasarkan latar belakang tersebut di atas, maka yang menjadi masalah penelitian ini adalah ketidakefektifan waktu rata – rata 10,2 menit per pasien dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan dan ketidakefisiensian *cost* rata-rata RP.455 per pasien dalam menggunakan kertas untuk dokumentasi asuhan keperawatan

kepada pasien di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya pada tahun 2003.

1.2 Identifikasi Masalah

Berdasarkan masalah penelitian tersebut di atas, maka dapat kami lakukan identifikasi masalah adalah sebagai berikut :



Gambar 1.1 : Beberapa faktor yang berpengaruh terhadap tingkat efektivitas dan efisiensi dalam memberikan pelayanan keperawatan pada pasien (modifikasi Doheny M, Cook C, Stopper, C, 1987)

1. Pemilihan metode pemberian pelayanan keperawatan yang kurang tepat

Jenis metode pemberian pelayanan keperawatan adalah metode kasus, fungsional, primer dan *case management*. Pemilihan metode tersebut pada unit pelayanan keperawatan tergantung dari tipe rumah sakit, jumlah tenaga perawat kualifikasi perawat, jenis pasien dan sarana dan prasarana yang tersedia pada unit pelayanan. Ketidaktepatan dalam pemilihan metode pemberian pelayanan keperawatan ini dapat mempengaruhi tingkat efektifitas dan efisiensi dalam pemberian pelayanan keperawatan. Misalnya pada suatu rumah sakit kecil dengan jumlah tenaga perawat yang kurang dan hampir semua perawat dengan latar belakang pendidikan SPK, maka metode yang tepat adalah metode pemberian pelayanan keperawatan fungsional. Biasanya dalam pemilihan metode ini, akan dilakukan beberapa modifikasi sesuai dengan situasi dan kondisi unit pelayanan. Pada PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya menerapkan metode pemberian asuhan keperawatan fungsional, meskipun Manajer Keperawatan menetapkan metode pemberian pelayanan keperawatan tim. Berdasarkan beberapa faktor penunjang, salah satunya adalah kuantitas dan kualitas SDM perawat, maka di PT. Rumah Sakit Pelabuhan sudah dapat dilaksanakan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer.

2. Pemilihan model dokumentasi asuhan keperawatan tradisional yang kurang tepat

Terdapat beberapa model dokumentasi asuhan keperawatan, diantaranya adalah model dokumentasi tradisional, standar dan *flowsheet*. Model dokumentasi asuhan keperawatan tradisional adalah jenis dokumentasi asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan data dasar, sehingga seluruh aspek

pada pasien dilakukan pengkajian, meskipun tidak berhubungan langsung dengan status kesehatan pasien. Pada penerapan model ini diperlukan kertas yang cukup banyak, karena perawat harus menulis seluruh aspek yang tidak berhubungan langsung pada status kesehatan pasien. Model dokumentasi ini digunakan untuk proses pembelajaran pada mahasiswa keperawatan, untuk berlatih dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan. Model dokumentasi standar adalah model dokumentasi yang penulisannya berdasarkan standar yang sama untuk sekelompok pasien. Perawat lebih sedikit untuk menulis, tetapi perawat harus hafal terhadap standar asuhan keperawatan yang ditulis. Model ini biasanya digunakan untuk melaksanakan dokumentasi didalam tatanan pelayanan kesehatan yang bersifat umum. Model dokumentasi *flowsheet* adalah model dokumentasi yang sangat ringkas sekali, mulai dari tahap pengkajian sampai evaluasi dapat dilihat dalam satu catatan. Model ini biasanya digunakan untuk ruang perawatan intensif. Pada PT. Rumah Sakit Pelabuhan menerapkan model dokumentasi asuhan keperawatan tradisional, dan tidak dilakukan secara optimal sehingga isi dokumentasi asuhan keperawatan tidak menunjukkan perkembangan status kesehatan pasien. Model dokumentasi standar dapat diterapkan pada PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya, jika metode pemberian pelayanan keperawatan diterapkan minimal metode tim.

3. Tingginya waktu yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan keperawatan.

Penggunaan waktu yang digunakan dalam pemberian pelayanan keperawatan yang cukup tinggi, dapat mempengaruhi kualitas pelayanan. Pasien akan

menginginkan pelayanan yang cepat dan tepat. Pelayanan yang cepat dan tepat juga akan menurunkan jumlah jam kerja perawat, sehingga dapat menurunkan jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan. Pada PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya sudah kami lakukan observasi awal mengenai penggunaan waktu para perawat dalam melaksanakan dokumentasi pada saat menerima pasien baru. Hasilnya adalah terjadi ketidakefisiensian waktu sebesar 10,2 menit per pasien, apabila dibandingkan dengan penggunaan format standar yang dibuat peneliti. Jika waktu untuk melaksanakan dokumentasi dapat diperkecil, maka perawat dapat menggunakannya untuk kegiatan pemberian asuhan keperawatan yang lain.

4. Jumlah tenaga perawat yang berlebihan

Perbandingan jumlah tenaga perawat dan jumlah beban kerja sangat penting untuk dipertimbangkan dalam pemberian pelayanan keperawatan. Jumlah tenaga perawat yang banyak akan menghambat pelaksanaan dalam melaksanakan beberapa tugas untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien, karena sulit untuk melakukan koordinasi. Biaya yang dikeluarkan untuk kebutuhan pegawai juga akan meningkat, misalnya salah satunya mengenai jumlah pemberian gaji pegawai. Jumlah tenaga perawat di Instalansi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya adalah 56 orang dan jumlah tempat tidur adalah 110. Apabila dibandingkan, maka ratio perawat : pasien adalah 1 : 18. Hal ini dapat dikatakan bahwa ratio perawat : pasien secara umum masih dapat ditolerir, meskipun menurut Gillies Dee Ann standar normatifnya adalah 1 : 8-12 tetapi rata-rata tingkat ketergantungan pasien ada pada tingkat

sedang dan ringan.

5. Latar belakang pendidikan perawat sebagian besar masih SPK.

Dasar pendidikan perawat dapat mempengaruhi proses dan kualitas pemberian pelayanan keperawatan, karena masing – masing jenjang pendidikan mempunyai kompetensi yang berbeda. Semakin tinggi pendidikan, maka kompetensi yang dimiliki juga akan lebih tinggi, sehingga diharapkan semakin berkualitas dalam memberikan pelayanan keperawatan. Perawat dengan latar belakang SPK mempunyai kompetensi untuk memberikan asuhan keperawatan difokuskan dengan mengutamakan ketrampilan teknik. Jika sebagian besar tenaga perawat yang ada adalah dari SPK, maka asuhan keperawatan yang diberikan dasar utamanya adalah ketrampilan teknis. Landasan terhadap intelektual dan interpersonal kurang diterapkan, sehingga mutu pelayanan kurang sempurna. Pada PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya, 79,57% tenaga keperawatan dan kebidanan mempunyai latar belakang pendidikan Diploma III, sisanya pada saat ini sedang tugas belajar pada program pendidikan Diploma III. Berdasarkan pertimbangan kualitas dari SDM yang ada, maka pada PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya dapat diterapkan model praktek keperawatan profesional.

6. Tidak mengikuti *trend* teknologi

Pada saat ini perkembangan teknologi sangat cepat dan dapat mempengaruhi pola hidup atau pemenuhan kebutuhan masyarakat. Jika pelayanan keperawatan tidak mengikuti *trend* teknologi, maka para perawat tidak akan mampu memenuhi kebutuhan masyarakat, sehingga asuhan keperawatan yang diberikan tidak efektif. Sarana dan prasarana yang digunakan PT. Rumah

Sakit Pelabuhan Surabaya pada saat ini sudah mengikuti *trend* teknologi. Hal ini dapat dilihat dari tersedianya beberapa alat kedokteran yang canggih dan penataan lingkungan yang bersih dan menarik.

7. Jumlah hari perawatan memanjang.

Jumlah hari perawatan yang memanjang menunjukan bahwa kualitas dari asuhan keperawatan yang diberikan adalah kurang bermutu. Panjangnya waktu yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan keperawatan akan meningkatkan biaya perawatan. Rata-rata jumlah hari perawatan pada PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya pada bulan Januari, tahun 2003 adalah 3 sampai 7 hari.

8. Pengalaman kerja perawat kurang.

Pemberian asuhan keperawatan dibutuhkan suatu ketrampilan klinik. Seseorang akan trampil, jika orang tersebut melakukannya secara berulang – ulang. Semakin lama perawat bekerja, maka akan semakin trampil dalam memberikan tindakan keperawatan. Kurang trampilnya perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dapat menyebabkan peningkatan jumlah waktu yang dibutuhkan dan kemungkinan dapat terjadi beberapa kesalahan. Rata-rata pengalaman kerja para perawat PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya adalah kurang lebih 75% perawat dengan lulusan D III Keperawatan mempunyai pengalaman kerja di atas 5 tahun. Hal tersebut merupakan salah satu faktor pendukung untuk dapat diterapkan metode pemberian pelayanan keperawatan yang profesional.

9. Biaya perawatan tinggi.

Biaya yang digunakan dalam pemberian asuhan keperawatan biasaya adalah biaya sarana dan prasarana yang digunakan perawat dalam memberikan

tindakan keperawatan. Misalnya dalam merawat luka, perawat membutuhkan cairan desinfektan, kasa dan plester. Biaya yang dikeluarkan juga mencakup jumlah kertas yang digunakan dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan. Semakin tinggi biaya yang digunakan, maka semakin tidak efisiensinya dalam memberikan asuhan keperawatan. Pada pengumpulan data awal yang telah dilakukan oleh peneliti, didapatkan terjadinya ketidakefisiensinya penggunaan jumlah kertas dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan yaitu sebesar Rp. 455 per pasien.

10. Tidak ada pembagian tanggung jawab

Pembagian tanggung jawab antar perawat yang bertugas terhadap sejumlah pasien yang dirawat, sangat menentukan tingkat efektifitas dalam pemberian asuhan keperawatan. Misalnya seorang perawat A, akan merawat total atau memenuhi kebutuhan dasar pasien B, sehingga perawat A bertanggung jawab penuh terhadap segala sesuatu yang terjadi pada pasien B. Jika tidak ada pembagian tanggung jawab pasien, maka kerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan tidak terstruktur. Para perawat juga tidak akan menguasai atau memahami perkembangan status kesehatan pasien yang sebenarnya, karena jumlah pasien yang harus diingat juga banyak. Pada PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya menerapkan metode pemberian pelayanan keperawatan fungsional, sehingga tidak ada pembagian tanggung jawab perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Pemberian asuhan keperawatan dibagi berdasarkan jenis tindakan perawatan yang diberikan kepada seluruh pasien, sehingga kesulitan untuk mengevaluasi hasil

atau mutu asuhan keperawatan secara menyeluruh.

11. *Job discription* belum jelas.

Job discription digunakan sebagai panduan perawat dalam melaksanakan tugasnya. Jika tidak ada atau tidak jelas *job discription* perawat, maka kerja perawat akan tidak terarah dan memungkinkan terjadinya duplikasi atau tidak terlaksananya suatu pekerjaan tertentu. Pada PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya sudah ada uraian tugas untuk masing-masing jenjang di bidang keperawatan.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan identifikasi masalah tersebut di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah :

1. Bagaimana mengembangkan metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya ?
2. Bagaimana mengembangkan model dokumentasi asuhan keperawatan yang efektif dan efisien di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya ?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah :

Mengembangkan sistem atau metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer yang efektif dan efisien dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya.

1.4.2 Tujuan khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah :

1. Mengidentifikasi pelaksanaan metode pemberian pelayanan keperawatan yang dilaksanakan di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya pada saat ini.
2. Mengukur efektifitas waktu dan efisiensi *cost* dalam penerapan dokumentasi asuhan keperawatan yang dilaksanakan di Instalansi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya pada saat ini.
3. Mengidentifikasi beberapa faktor yang mendukung dalam penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya pada saat ini.
4. Membuat standar menerapkan metode pemberian pelayanan keperawatan yang dapat dilaksanakan pada PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya, berdasarkan modifikasi standar normatif.
5. Menerapkan metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer sesuai dengan standar yang telah dibuat, pada Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya.
6. Menyempurnakan standar yang telah dibuat dengan menyesuaikan terhadap adanya beberapa modifikasi pada penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya.
7. Mengukur efektifitas waktu dan efisiensi *cost* dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan yang telah diuji coba pada Instalasi

Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya.

8. Memberikan rekomendasi pelaksanaan penerapan pemberian pelayanan keperawatan dengan metode tim-primer di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya.

1.5 Manfaat Penelitian

Penelitian ini akan bermanfaat baik terhadap pengembangan teori maupun bermanfaat terhadap klinik, khususnya dalam pemberian pelayanan keperawatan di ruang rawat inap. Beberapa manfaat dari hasil penelitian ini adalah :

1.5.1 Bagi Rumah Sakit :

1. Memberikan masukan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan yang efektif dan efisien.
2. Memberikan masukan dalam penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim – primer.
3. Meningkatkan kemampuan perawat dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

1.5.2 Bagi institusi pendidikan

1. Mendapatkan suatu evaluasi tentang sejauh mana hasil proses pembelajaran dapat diterapkan langsung kedalam kegiatan pelayanan dan manajemen rumah sakit.

1.5.3 Bagi peneliti

1. Penelitian ini dilaksanakan sebagai syarat untuk menyelesaikan program pendidikan Pasca Sarjana di Universitas Airlangga.
2. Dapat meningkatkan pengetahuan, pengalaman dan kemampuan peneliti dalam menerapkan teori kedalam kondisi nyata pada pelayanan keperawatan.

1.5.4 Bagi dunia ilmu pengetahuan

1. Hasil penelitian ini diharapkan mampu memberikan masukan atau dijadikan sebagai salah satu acuan dalam mengembangkan model praktek keperawatan professional.
2. Penelitian ini diharapkan mampu membantu dalam mengembangkan teori sistem atau metode pemberian asuhan keperawatan pada pasien di ruang rawat inap.
3. Diharapkan mampu sebagai salah satu acuan untuk penelitian yang akan datang.





BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Sistem atau Metode Pemberian Pelayanan Keperawatan

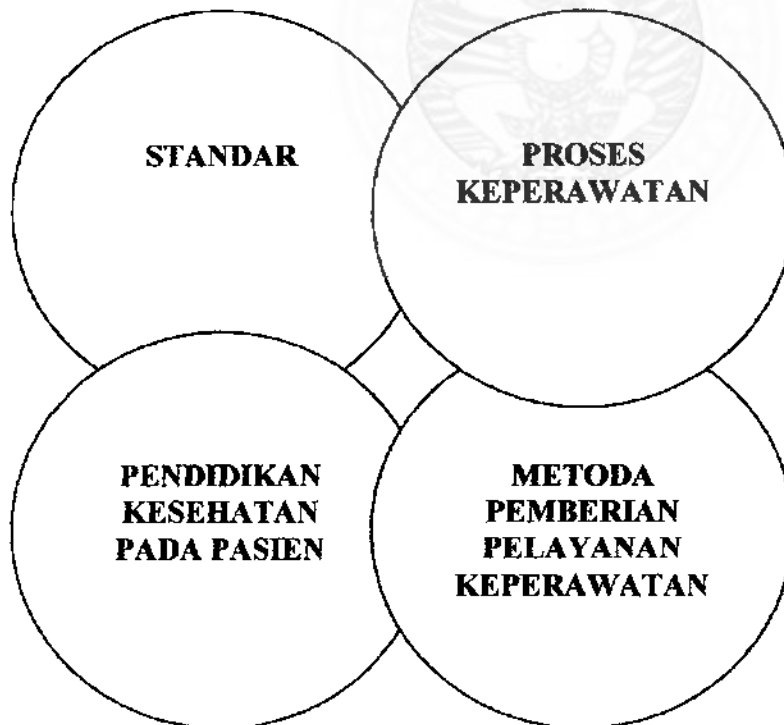
Komponen yang terpenting dari praktek keperawatan adalah adanya suatu kerangka kerja dalam memberikan pelayanan keperawatan (Rowland H and Rowland B, 1997). Metode yang digunakan dalam pemberian pelayanan keperawatan harus dapat mencerminkan adanya kesesuaian antara konteks pemberian pelayanan dengan filosofi institusi. Para perawat dan jajaran pimpinan rumah sakit harus mempunyai suatu komitmen untuk melaksanakan metode pemberian pelayanan keperawatan yang dipilih. Pemilihan sistem pemberian pelayanan keperawatan harus menunjukkan adanya praktek keperawatan profesional yang sesungguhnya, dengan mempertimbangkan efektifitas dan efisiensi. Faktor lain yang harus dipertimbangkan adalah mencakup tersedianya beberapa sumber, ketrampilan yang dimiliki serta adanya kemampuan institusi untuk melaksanakannya.

2.2 Pengertian Metode Pemberian Pelayanan Keperawatan

Metode pemberian pelayanan keperawatan adalah suatu set tatatan pelayanan keperawatan yang didasari pada empat elemen dasar yang mencakup pengambilan keputusan klinik, alokasi kerja, komunikasi dan manajemen (Rowland H and Rowland B, 1997). Keempat elemen dasar tersebut yang akan menentukan kualitas dari produk pelayanan yang diberikan, sehingga harus dijadikan untuk menentukan metode pelayanan keperawatan yang akan dipilih.

Peran dari metode pemberian pelayanan keperawatan adalah sebagai kerangka kerja para perawat dalam mengelola pasien. Para pengelola harus berkompeten sebagai pemimpin, menguasai konsep dan ketrampilan klinik asuhan keperawatan pada pasien serta mempunyai ketrampilan yang baik dalam berkomunikasi.

Elemen dasar dari manajemen pelayanan keperawatan pada pasien, meliputi metode pemberian pelayanan keperawatan, proses keperawatan, pendidikan kesehatan pada pasien dan standar pelayanan keperawatan (Rowland H and Rowland B, 1997). Keempat elemen tersebut tidak dapat dipisahkan, satu dengan yang lain saling berhubungan. Para perawat harus menguasai dan menggunakannya secara simultan dan pemberian asuhan keperawatan. Hubungan antar keempat elemen tersebut dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.1 : Hubungan antar elemen dalam praktek keperawatan (Rowland H and Rowland B, 1997)

Menurut Rowland H and Rowland B, 1997 terdapat beberapa hal yang harus dipertimbangan dalam pengelolaan pemberian pelayanan keperawatan kepada pasien, adalah sebagai berikut :

1. Jumlah beban kerja perawat, yang dihitung dari total aktivitas perawatan langsung dan tak langsung.
2. Kualitas beban kerja perawat, yang didapatkan dari kondisi pasien yang khusus.
3. Tingkat pengalaman kerja perawat.
4. Kualifikasi dan kemampuan perawat.
5. Kemampuan fisik perawat.
6. Letak geografi unit pelayanan.
7. Jenis metode pemberian asuhan keperawatan.
8. Tersedianya pembantu orang sakit atau petugas kebersihan.

2.3 Jenis Metode Pemberian Pelayanan Keperawatan

Kesinambungan dalam pemberian asuhan keperawatan ditentukan oleh penerapan jenis metode pemberian asuhan keperawatan. Mekanisme dalam penerapan suatu metode pemberian pelayanan keperawatan akan memberikan gambaran pada pengelolaan pasien dalam menerima asuhan keperawatan dan menggambarkan bagaimana peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Metode pemberian pelayanan keperawatan yang biasa digunakan adalah metode pemberian pelayanan keperawatan kasus, metode pemberian pelayanan fungsional, metode pemberian pelayanan tim, metode pemberian pelayanan primer dan metode pemberian pelayanan manajemen kasus (Marriner Ann-Tomey, 1992). Terjadinya beberapa perubahan pada penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan disebabkan oleh adanya reaksi

terhadap adanya beberapa perubahan didalam memenuhi beberapa kebutuhan (Marriner Ann-Tomey, 1992). Pada tahun 1920-an metode pemberian pelayanan keperawatan kasus mulai dikembangkan pada unit pelayanan keperawatan. Pada tahun 1950, metode pemberian pelayanan keperawatan fungsional paling banyak diterapkan pada unit pelayanan keperawatan. Metode fungsional tersebut dilaksanakan karena untuk merespon terjadinya kekurangan tenaga keperawatan pada waktu itu. Pada tahun 1960-an, mulai dilaksanakan metode pemberian pelayanan keperawatan tim yang bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan. Prinsip dasar yang dijadikan pedoman adalah penguasaan pengetahuan dan ketrampilan keperawatan profesional serta melaksanakan supervisi terhadap perawat non profesional (Marriner Ann-Tomey, 1992). Pada tahun 1970, metode pemberian pelayanan keperawatan yang banyak dikembangkan adalah praktek keperawatan profesional melalui metode pemberian pelayanan keperawatan primer (Marriner Ann-Tomey, 1992). Metode pemberian pelayanan keperawatan manajemen kasus dan *managed care* sudah mulai dikembangkan pada tahun 1980.

Penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan, masing-masing mempunyai keuntungan dan kerugiannya. Pemilihan yang tepat adalah jika metode tersebut dapat dilaksanakan dan tidak menghambat proses pemberian pelayanan serta para perawat mampu menerapkan praktek keperawatan profesional.

2.3.1 Metode kasus

Metode pemberian pelayanan keperawatan kasus adalah suatu sistem pemberian pelayanan keperawatan yang diberikan oleh seorang perawat kepada satu orang pasien untuk memenuhi segala kebutuhan pasien, selama melaksanakan tugas (Marriner Ann-

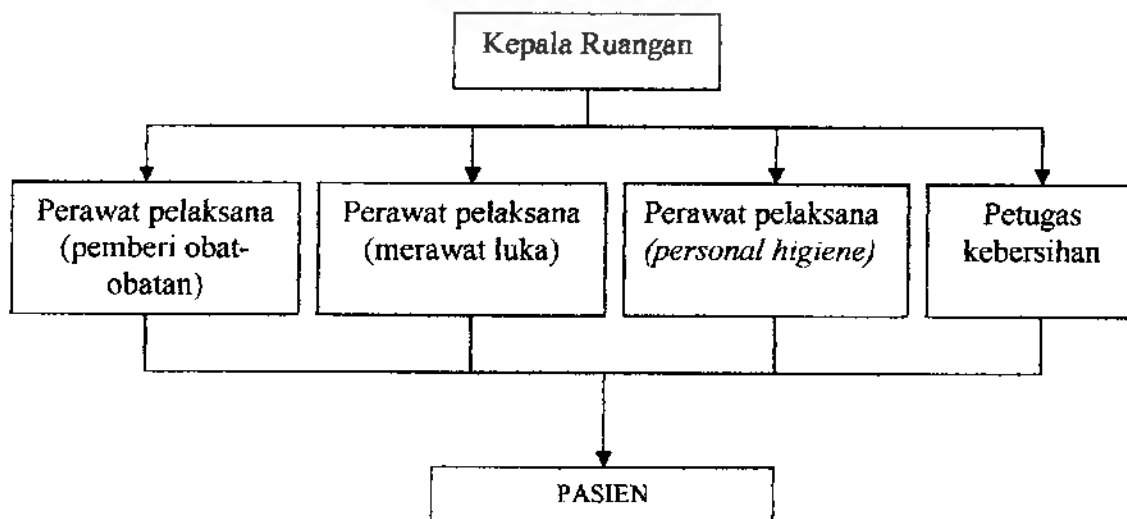
Tomey, 1992). Pasien akan diberi pelayanan keperawatan oleh perawat yang berbeda pada setiap pergantian dinas. Metode pemberian pelayanan keperawatan ini, tidak ada seorang perawat yang menjadi koordinator dalam pemberian pelayanan keperawatan. Para perawat juga tidak bertanggung jawab atas pemberian pelayanan keperawatan pada pasien tertentu. Supervisi dan evaluasi dilakukan terhadap semua pasien yang ada pada unit dan terhadap seluruh tindakan keperawatan yang diberikan oleh seluruh perawat. Penerapan metode ini dalam memberikan tindakan keperawatan tergantung dari pelimpahan tugas dokter (Marriner Ann-Tomey, 1992).

2.3.2 Metode fungsional

Metode fungsional adalah suatu metode pemberian pelayanan keperawatan dimana seluruh perawat, baik perawat profesional maupun non profesional, memberikan asuhan keperawatan pada sekelompok besar pasien (Rowland H and Rowland B, 1992). Pemberian asuhan keperawatan dibagi berdasarkan fungsi, sehingga asuhan keperawatan yang diberikan tidak komprehensif dan tidak berkesinambungan. Metode fungsional adalah suatu metode yang mengimplementasikan ilmu manajemen klasik, dimana menekankan efisiensi, pembagian kerja dan rendahnya pelaksanaan kontrol (Marriner Ann-Tomey, 1992). Metode fungsional ini juga mengadopsi dari konsep produksi pada suatu industri, sehingga hasil akhirnya dinilai dari segi kuantitas tugas yang dilaksanakan. Pada metode fungsional ini, seorang perawat akan mendapatkan satu atau dua tugas khusus yang harus dikerjakan selama bertugas merawat pasien. Misalnya seorang perawat mendapat tugas membagi obat untuk seluruh pasien, tugas yang lain akan dikerjakan oleh perawat lain.

Metode fungsional ini dilaksanakan, karena masih sedikitnya jumlah tenaga perawat profesional dan hanya terdapat beberapa orang perawat klinik yang berkompeten dalam memberikan asuhan keperawatan (Marriner Ann-Tomey, 1992). Pemberian pelayanan keperawatan banyak dilakukan oleh pembantu perawat. Perawat profesional banyak dibebani dengan berbagai tugas manajerial dan tugas-tugas non keperawatan, sambil memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien.

Meskipun efisien dalam jumlah tenaga perawat, penerapan metode fungsional tidak menimbulkan kepuasan pada pasien dan pada tenaga keperawatan (Marriner Ann-Tomey, 1992). Melaksanakan tugas yang rutin pada setiap hari, akan membuat perawat bosan sehingga menyebabkan ketidakpuasan dan pada akhirnya berdampak pada penurunan mutu pelayanan keperawatan. Metode fungsional sangat tepat dilaksanakan jika tenaga keperawatan sangat kurang, baik dari sisi jumlah dan kualitas (Marriner Ann-Tomey, 1992). Struktur metode pemberian pelayanan keperawatan fungsional dapat dijelaskan dengan gambar sebagai berikut :



Gambar 2.2 : Struktur metoda pemberian pelayanan keperawatan fungsional (Ruth I Hanston and Marilyn J Wasburn, 1994)

2.3.3 Metode tim

Metode pemberian pelayanan keperawatan tim adalah suatu pemberian pelayanan keperawatan yang didasari pada pengetahuan dan ketrampilan keperawatan profesional serta melaksanakan supervisi pada perawat non profesional (Marriner Ann-Tomey, 1992). Metode tim adalah pemberian asuhan keperawatan yang sudah berorientasi pada tugas dan memenuhi peningkatan tuntutan kebutuhan akan perawat profesional (Rowland H and Rowland B, 1997). Metode ini didasari pula oleh sebuah filosofi yang mendukung pencapaian tujuan melalui kegiatan kelompok. Masing-masing anggota tim saling memberikan dukungan dan saling memberikan beberapa ide. Jika masing-masing anggota tim mampu saling memberikan dukungan, maka dapat menimbulkan peningkatan kepuasan kerja dan para perawat akan termotivasi untuk memberikan pelayanan keperawatan yang lebih baik (Marriner Ann-Tomey, 1992). Asuhan keperawatan pada pasien, dilakukan oleh tim yang terdiri dari perawat profesional dan perawat non profesional, yang dikoordinir oleh seorang perawat sebagai ketua tim.

Ketua tim adalah seorang perawat profesional atau seorang perawat teknikal yang bertugas sebagai perencana, interpretasi, koordinator, supervisor dan edukator pada pelayanan keperawatan pasien (Marriner Ann-Tomey, 1992). Ketua tim memberi tugas kepada anggota tim, yang disesuaikan dengan tingkat pengetahuan dan tingkat ketrampilan dari perawat yang diberi limpahan tugas. Ketua tim akan menetapkan suatu tujuan dan prioritas pelayanan keperawatan yang akan diberikan kepada pasien. Sistem kerja dari metode pemberian pelayanan keperawatan ini adalah pusat informasi berada pada *kardex* dan pemberitahuan terhadap rencana tindakan keperawatan dilakukan pada waktu melaksanakan timbang terima pergantian dinas. Ketua tim juga mengobservasi

kesulitan anggota tim dalam melaksanakan tugas, mengatur jadwal dinar bersama kepala ruangan dan mengatur serta mengevaluasi kegiatan anggota tim. Anggota tim memberi laporan kepada ketua tim mengenai asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien atau sesuai dengan tugas yang diberikan oleh ketua tim (Marriner Ann-Tomey, 1992).

Keistimewaan dari metode pemberian pelayanan keperawatan tim ini adalah adanya konferensi asuhan keperawatan yang dilakukan oleh ketua tim dan anggota tim (Marriner Ann-Tomey, 1992). Metode pemberian pelayanan keperawatan ini dapat diberikan secara komprehensif tetapi tidak berkesinambungan, karena pada setiap pergantian *shif* pasien dirawat dan dikoordinir oleh perawat yang berbeda. Metode bersifat individu, sehingga mengurangi adanya fragmentasi pelayanan yang terjadi pada metode fungsional.

Menurut Kron & Gray, 1987 pelaksanaan metode tim harus berlandaskan konsep berikut ini :

1. Ketua tim sebagai perawat profesional harus mampu menggunakan berbagai teknik kepemimpinan. Ketua tim harus dapat membuat keputusan tentang prioritas dalam merencanakan kebutuhan pasien, melakukan supervisi dan melakukan evaluasi asuhan keperawatan.
2. Komunikasi yang efektif penting agar kontinuitas rencana tindakan keperawatan sesuai dengan kondisi pasien. Terdapat komunikasi terbuka melalui rencana tindakan keperawatan tertulis, yang digunakan sebagai pedoman dalam melaksanakan asuhan keperawatan, supervisi dan evaluasi.
3. Para perawat anggota tim harus menghargai kepemimpinan ketua tim. Ketua tim membantu anggota tim dalam memahami dan melaksanakan tugas sesuai kemampuan

masing-masing para anggota tim.

4. Tugas perawat kepala ruang perawatan adalah :

- 1). Menetapkan *job discription*.
- 2). Membantu staf dalam menentukan sasaran dari unit perawatan.
- 3). Memberi kesempatan pada ketua tim untuk mengembangkan kepemimpinan.
- 4). Mengorientasikan tenaga keperawatan baru.
- 5). Menjadi narasumber bagi ketua tim.
- 6). Mendorong staf untuk meningkatkan kemampuan.
- 7). Menciptakan iklim komunikasi yang terbuka bagi semua staf.

Ketua tim akan membagi tugas kepada para anggota tim, yang disesuaikan dengan beban kerja masing-masing anggota tim. Secara umum kegiatan seorang perawat anggota tim adalah :

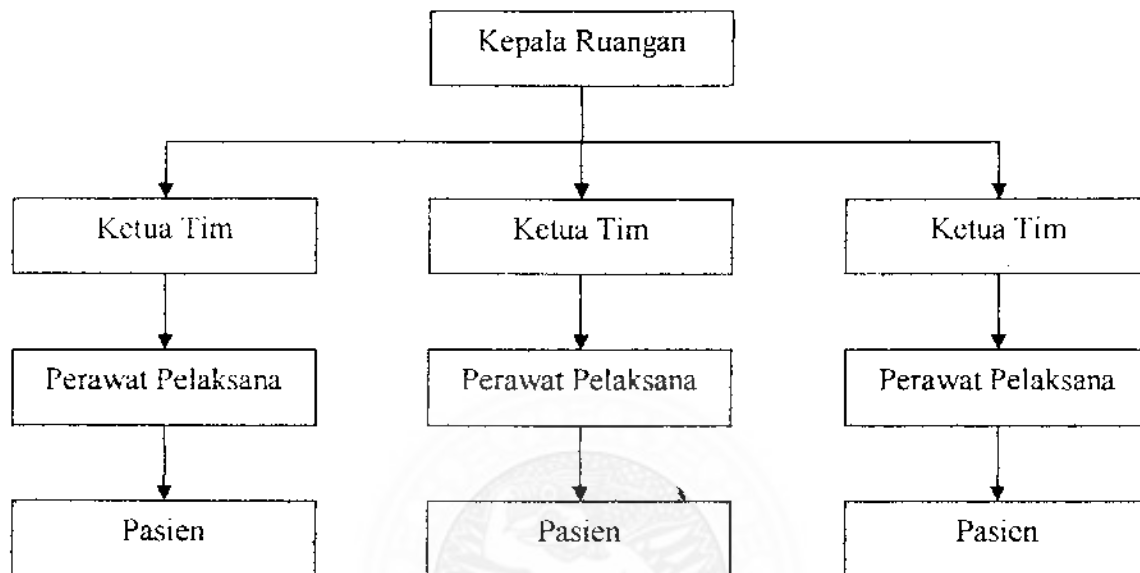
1. Menerima tugas secara tertulis dan atau lisan dari ketua tim.
2. Melaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan rencana tindakan yang telah dibuat oleh ketua tim.
3. Melaporkan tugas yang telah dilaksanakan, kepada ketua tim.
4. Berkonsultasi kepada ketua tim, jika mengalami kesulitan dalam melaksanakan tugasnya.
5. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada format proses keperawatan yang telah dilakukan.

Manfaat dari penerapan metode tim pada tatanan pelayanan keperawatan adalah :

1. Memiliki tenaga keperawatan yang sesuai dalam pemberian asuhan keperawatan.
2. Para perawat pelaksana akan mendapatkan pengalaman yang baik.

3. Meningkatkan motivasi perawat dalam melaksanakan tugas

Struktur dari metode pemberian pelayanan keperawatan dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2.3 : Struktur metode pemberian pelayanan keperawatan tim
(Ruth I Hanston and Marilyn J Wasburn, 1994)

2.3.4 Metode primer

Metode pemberian pelayanan keperawatan primer adalah pemberian pelayanan keperawatan kepada sekelompok pasien yang dikoordinir oleh seorang perawat primer yang bertanggung jawab atas seluruh pemberian perawatan pada pasien mulai datang sampai dengan pulang atau pindah (Rowland B and Rowland H, 1997). Tugas perawat primer adalah untuk mengkoordinir, mengevaluasi dan memberikan perawatan langsung kepada pasien. Asuhan keperawatan dapat diberikan secara komprehensif dan berkesinambungan dan metode ini menitikberatkan pada aspek tanggung jawab terhadap pemberian asuhan keperawatan pada pasien. Perawat primer bertanggung jawab terhadap

semua kebutuhan pasien, kolaborasi dengan tim kesehatan lain dan bertanggung jawab penuh terhadap perawatan pasien. Metode primer merupakan pemberian asuhan keperawatan yang menekankan kepentingan pasien, bukan tugas perawat. Keterlibatan pasien dan keluarganya dalam perawatan, akan mendorong hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien dan keluarganya, sehingga dapat meningkatkan kesinambungan dan efektifitas perencanaan pulang (Rowland B and Rowland H, 1997).

Perawat primer adalah seorang perawat profesional yang bertanggung jawab 24 jam dalam sehari dan bertanggung gugat atas kegiatan yang dilakukan terhadap pasien yang menjadi tanggung jawabnya. Menurut Rowland B and Rowland H, 1997, area tanggung jawab dan tanggung gugat perawat primer adalah terletak pada :

1. Proses keperawatan untuk sejumlah pasien, yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dari semua aspek kebutuhan perawatan pasien.
2. Pelayanan perawatan pasien selama 24 jam per hari, dari mulai pasien datang sampai dengan pulang.
3. Partisipasi didalam proses komunikasi antara pasien dan dokter.

Perawat pelaksana adalah perawat profesional yang jika tidak ada perawat primer, bertanggung jawab dan bertanggung gugat untuk mempertahankan kualitas pelayanan keperawatan pada sejumlah pasien yang ditunjuk, selama *shif*. Perawat pelaksana bertugas melaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat oleh perawat primer. Beberapa kata kunci dari metode pemberian asuhan keperawatan primer adalah (Rowland B and Rowland H, 1997) :

1. Kesinambungan perawatan pasien.
2. Desentralisasi pasien.

3. Tanggung jawab pada pasien.
4. Pendamping pasien.
5. Kerjasama perawat dengan pasien dan keluarganya.
6. Menekankan mutu pelayanan.
7. Pendidikan kesehatan pada pasien.
8. Pemenuhan dan pemahaman pekerjaan
9. Otonomi praktek perawat.
10. Rencana perawatan operasional.

Posisi perawat kepala ruangan adalah sebagai pengontrol kualitas pelayanan, mengelola sumber daya dan pengelolaan pengembangan sumber daya manusia (Rowland B and Rowland H, 1997). Pengambilan keputusan dalam pemberian asuhan keperawatan yang bersifat desentralisasi, dapat membantu perawat kepala ruang untuk memfokuskan bidang pekerjaan pada pengelolaan pelayanan keperawatan pada unit ruang perawatan.

Penerapan metode pemberian asuhan keperawatan primer, mempunyai beberapa manfaat, diantaranya menurut Swansburg, 1999 adalah sebagai berikut :

1. Memberi peningkatan otonomi kepada perawat, meningkatkan motivasi, tanggung jawab dan tanggung gugat.
2. Menjamin kesinambungan asuhan keperawatan.
3. Pengetahuan perawat tentang asuhan keperawatan meningkat.
4. Meningkatkan penilaian dan kepercayaan pasien terhadap perawat.
5. Meningkatkan komunikasi antara perawat dengan dokter
6. Mencegah agar pembantu perawat tidak memberikan asuhan keperawatan langsung.

Menurut Gillies, 1999 terdapat tiga keuntungan dari penerapan metode pemberian asuhan keperawatan primer, adalah sebagai berikut :

1. Bagi pasien

Kebutuhan pasien akan lebih diutamakan, karena perawat memberikan asuhan keperawatan secara individu.

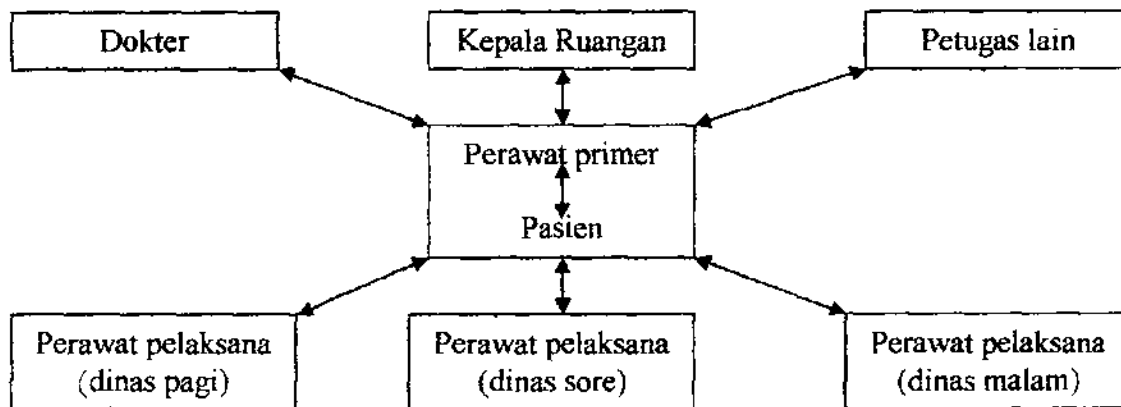
2. Bagi perawat

Perawat akan mendapatkan kepuasan kerja, karena perawat selalu memonitor tingkat Keberhasilan pemberian asuhan keperawatan pada pasien, dari mulai pasien datang sampai dengan pulang.

3. Rumah sakit

Rumah sakit akan memiliki tenaga keperawatan yang berkompeten sehingga memerlukan supervisi yang minimal. Para perawat memiliki tingkat kedisiplinan yang tinggi dan melaksanakan praktek keperawatan sesuai dengan kebijakan rumah sakit dan bidang keperawatan.

Struktur metode pemberian pelayanan keperawatan primer dapat digambarkan sebagai berikut :

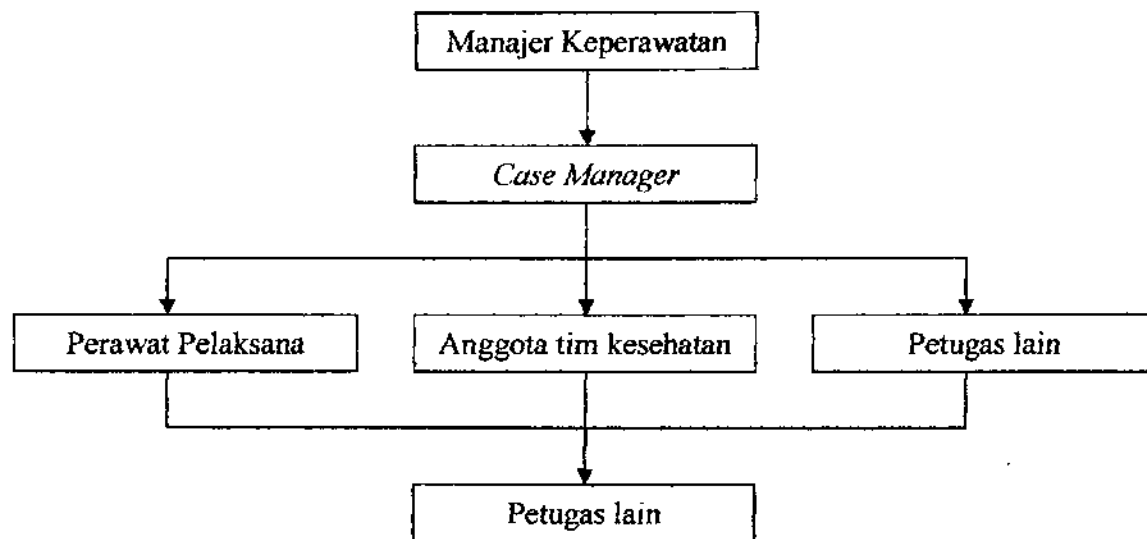


Gambar 2.4 : Struktur metoda pemberian pelayanan keperawatan primer
(Ruth I Hanston and Marilyn J Wasburn, 1994)

2.3.5 Metode manajemen kasus

Metode manajemen kasus adalah serangkaian aktivitas yang dilakukan oleh seorang perawat untuk memobilisasi, memantau dan mengevaluasi semua sumber daya yang dipergunakan oleh seorang pasien, selama periode waktu sakitnya (Gillies, 1994). Menurut Swansburg, 1996, manajemen kasus adalah suatu proses dari pengkoordinasian pelayanan-pelayanan kesehatan. Benoit dan Jenkins, 1997, berpendapat bahwa manajemen kasus adalah suatu model pemberian pelayanan keperawatan yang ditujukan untuk menyesuaikan kebutuhan pasien yang kompleks dalam lingkungan pelayanan kesehatan dan berbagai sumber ekonomi yang makin terbatas. *American Nurse's Association (ANA)* memberikan batasan, manajemen kasus adalah sebagai proses pemberian pelayanan kesehatan dengan tujuan memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas, mengurangi fragmentasi pelayanan, meningkatkan kualitas hidup dan menekan biaya pelayanan.

Penerapan manajemen kasus dibutuhkan suatu kerja sama tim yang baik, dengan melibatkan dokter, perawat, ahli gizi, pekerja sosial dan petugas lainnya. Tidak ada satupun anggota tim yang lebih penting dari lainnya, karena masing-masing anggota tim mempunyai kemampuan pemikiran dan ketrampilan yang khusus dalam upaya meningkatkan kesehatan pasien. Tim dalam manajemen kasus ini dipimpin oleh seorang *case manager*, yang berfungsi sebagai koordinator, integrator dan kolaborator, untuk menjamin bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh para anggota tim adalah sesuai dengan tujuan yang diharapkan bersama. Struktur dari metode pemberian pelayanan keperawatan manajemen kasus, dapat dilihat pada gambar sebagai berikut :



Gambar 2.5 : Struktur metode pemberian pelayanan keperawatan primer
(Ruth I Hanston and Marilyn J Wasburn, 1994)

2.3.6 Modifikasi Metode Pemberian Asuhan Keperawatan Tim dan Primer

Menurut Marriner-Tomey, 1992, modifikasi metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer disebut juga metode modular, karena para perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dengan menerapkan suatu modul. Metode ini dilaksanakan, jika tersedianya jumlah tenaga perawat profesional dalam memberikan menerapkan metode pemberian pelayanan keperawatan primer belum mencukupi.

Menurut Gillies Dee Ann, 1994, metode pemberian pelayanan keperawatan modular adalah merupakan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi dari metode primer, karena menggunakan seorang perawat profesional sebagai perencana dalam memberikan asuhan keperawatan. Metode pemberian pelayanan keperawatan modular sama dengan metode tim, karena perawat profesional dan non profesional bekerja bersama dibawah koordinasi seorang perawat profesional. Metode pemberian pelayanan keperawatan modular sama dengan metode primer, karena terdapat tenaga

perawat profesional yang bertanggung jawab terhadap pemberian asuhan keperawatan pada pasien, mulai pasien datang sampai dengan pulang.

Para perawat melaksanakan tugas pada modul yang sama, berkesinambungan dan kualitas pelayanan keperawatan dapat ditingkatkan (Marriner-Tomey, 1992). Para perawat mempunyai waktu lebih banyak dalam memberikan asuhan keperawatan langsung pada pasien dan para perawat dapat memahami bahwa asuhan keperawatan yang diberikan bersifat individu, sehingga tidak sama dalam menggunakan pendekatan pada pasien (Bennet and Hilton, 1990).

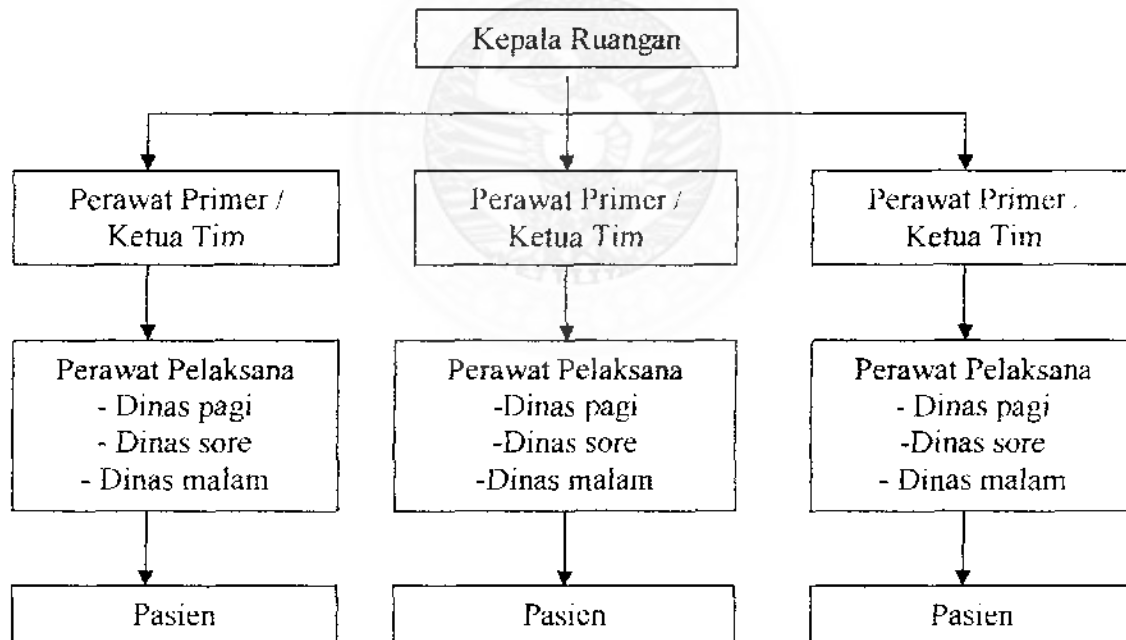
Penerapan metode modular ini akan efektif, jika pembagian beban kerja dalam pemberian asuhan keperawatan harus seimbang diantara perawat primer. Hal ini merupakan tantangan bagi kepala ruangan untuk melaksanakan pembagian tugas yang seimbang antara kemampuan dan kemampuan humanistik pada masing-masing perawat primer (Gillies Dee Ann, 1994).

Penerapan metode modifikasi tim dan primer didasarkan pada beberapa alasan sebagai berikut (Sitorus Ratna, 2000) :

1. Metode keperawatan primer tidak digunakan secara murni karena sebagai perawat primer harus mempunyai latar belakang pendidikan pada tingkat S1 keperawatan atau setara. Apabila menggunakan metoda primer murni, maka dibutuhkan jumlah perawat dengan latar belakang pendidikan S1 keperawatan yang lebih banyak. Hal ini belum mungkin untuk dipenuhi pada saat ini.
2. Metode keperawatan tim tidak digunakan secara murni karena pada metode ini tanggung jawab tentang pemberian asuhan keperawatan pada pasien terfragmentasi pada beberapa tim.

3. Melalui kombinasi antara metode tim dan primer, diharapkan dapat terjadi kesinambungan pemberian asuhan keperawatan dan tanggung jawab asuhan keperawatan ada pada perawat primer. Pada saat ini sebagian besar perawat di rumah sakit adalah dengan latar belakang pendidikan SPK, sehingga mereka akan mendapat bimbingan dari perawat primer atau ketua tim dalam memberi asuhan keperawatan yang berkualitas.

Struktur metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer, dapat dilihat pada gambar sebagai berikut :



Gambar 2.6 : Struktur metoda pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer (Sitorus Ratna, 2000)

2.4 Konsep Tim dan Pengembangan Tim

Pemanfaatan tim secara efektif pada suatu organisasi dapat meningkatkan kemungkinan bahwa organisasi bersangkutan akan meraih keuntungan dari pemanfaatan tim tersebut. Scott dan Walker, 1993 menegaskan bahwa adanya tim dalam suatu organisasi mempunyai peran penting dalam keberadaan organisasi tersebut.

2.4.1 Pengertian tim

Menurut Spiegel dan Cresencio, 1997 tim adalah bentuk khusus kelompok kerja yang harus diorganisasikan dan dikelola secara berbeda dengan kelompok tim lain. Tim beranggotakan beberapa orang yang dikoordinasikan untuk bekerja bersama yang merupakan satu sisi dari suatu jenis kontes. Bukan suatu kontes yang melawan beberapa tim lain yang ada dalam organisasi bersangkutan, melainkan kontes melawan pemborosan, kualitas kerja dan mutu pelayanan.

Menurut French dan Bell, 1978 tim adalah kelompok energik yang terdiri dari beberapa orang yang mempunyai komitmen untuk mencapai tujuan, bekerja sama, menikmati apa yang dikerjakan bersama dan menghasilkan produk yang berkualitas.

2.4.2 Beberapa jenis tim

Menurut Robbin, 1996 terdapat empat kategori dalam pembagian tim, diantaranya adalah tim manajemen puncak, tim manajemen menengah, tim proyek dan tim kelompok kerja.

1. Tim manajemen puncak

Tim ini menjalankan lintasan antar dan inter organisasi, kinerja organisasi tergantung pada efektifitas tim ini. Pekerjaannya adalah memperhitungkan berapa besar faktor lingkungan yang mempengaruhi organisasinya dalam

membuat keputusan penting. Keberadaan tim ini adalah sangat penting, agar organisasi tetap dapat diterima oleh lingkungannya.

2. Tim manajemen menengah

Tim ini hampir mendekati stabil dan anggotanya merupakan bagian dari tim top manajemen. Tim ini harus mendapatkan tujuan yang rinci, artinya harus lebih jelas daripada tim top manajemen. Tim ini menjadi penghubung antara tim inti manajemen dengan anggota organisasi lainnya.

3. Tim proyek

Tim ini bersifat sementara, bekerja untuk beberapa waktu saja. Misalnya membentuk tim untuk mengerjakan pekerjaan yang bersifat sementara atau untuk memperkenalkan produk baru.

4. Kelompok kerja (*team work*)

Anggota organisasi yang bekerja secara kelompok dan menekankan pada partisipasi dari seluruh anggota kelompok. Kelompok ini mempunyai peran yang sama dan satu pimpinan kelompok yang memfasilitasi, bukan memerintah.

2.4.3 Manfaat tim

Menurut Spiegel dan Cresencio, 1997 manfaat tim bagi organisasi adalah sebagai berikut :

1. Meningkatkan kualitas
2. Meningkatkan produktivitas
3. Meningkatkan moral karyawan
4. Dapat menekan *overhead*
5. Bermanfaat bagi individu yang aterlibat dalam organisasi.

2.4.4 Tim yang efektif

Sebuah tim akan dapat efektif, jika mempunyai keseimbangan dalam hal peran yang dilakukan oleh para anggotanya. Sebuah tim yang efektif memerlukan semua peran ditampilkan oleh para anggotanya agar semua fungsi yang diperlukan dapat dilakukan. Fungsi yang diangkat oleh peran individu dalam sebuah tim, menurut Stewart, 1991 dapat dilihat dari proses kelompok yang dibedakan menurut beberapa fungsi yang dilakukan, adalah sebagai berikut :

1. Fungsi kelompok yang memberikan kontribusi untuk keberhasilan kelompok, disebut fungsi tugas. Beberapa perilaku yang mencakup fungsi tugas, meliputi :

1). Pemberian atau pencarian informasi

Fungsi ini mengacu pada pemberi informasi yang berhubungan dengan tugas pada semua anggota kelompok. Fungsi ini termasuk juga mengajukan beberapa pertanyaan untuk menggali informasi dari anggota lain.

2). Membuat beberapa usulan

Fungsi ini berhubungan dengan menawarkan beberapa saran mengenai beberapa masalah seperti merencanakan dan mengatur tugas serta mempersiapkan beberapa saran.

3). Merangkum beberapa diskusi

Fungsi ini menjaga agar beberapa anggota kelompok selalu mendapatkan informasi secara teratur mengenai apa yang telah dicapai dapat bermanfaat dalam pencapaian kesimpulan.

4). Evaluasi

Dalam proses evaluasi mengacu pada perilaku yang membantu pelaksanaan

fungsi lainnya.

5). Memberi arah

Fungsi ini mengacu pada penyediaan kepemimpinan dalam kelompok. Pada kelompok yang berfungsi secara efektif, perilaku seperti itu normanya bukan eksklusif untuk pimpinan resmi kelompok. Beberapa perilaku tersebut, memberikan kontribusi untuk mencapai beberapa tugas yang diperlukan oleh kelompok, tetapi beberapa kelompok juga memerlukan supaya beberapa hubungan yang baik terbentuk dan para anggotanya mendapatkan kepuasan pribadi dari keanggotaan mereka.

2. Beberapa proses kelompok yang memberikan kontribusi dengan membangun, merawat dan mengembangkan kesatuan kelompok, disebut fungsi perawatan atau pemeliharaan. Beberapa perilaku yang mencakup fungsi perawatan atau pemeliharaan adalah sebagai berikut :

1). Mendukung partisipasi

Mengundang beberapa anggota lain untuk mengekspresikan beberapa pandangan dan beberapa opini mereka, memeriksa pengertian dan kesepakatan serta meminta saran dan kontribusi dari anggota lain.

2). Komunikasi atau mendengarkan

Menjadi seorang pendengar yang baik, tidak memotong pembicaraan dan memberikan perhatian kepada siapapun yang berbicara dalam beberapa pertemuan kelompok.

3). Meredakan ketegangan

Konflik merupakan hal yang tidak dapat dihindarkan dalam beberapa kelompok

dan dapat mengakibatkan ketegangan. Membuat suasana dingin pada beberapa saat itu melalui pembicaraan yang ringan dan ada sentuhan humor, dapat meredakan ketegangan dan membantu menjaga beberapa hubungan baik.

4). Membangun kepercayaan

Merupakan karakteristik yang penting dari beberapa kelompok yang menyatu dan efektif, yang direfleksikan dalam beberapa perilaku menerima penilaian dari anggota lain, mendelegasikan tugas dan mengikuti petunjuk.

5). Mengamati proses

Menyadari, mengamati dan memberikan tanggapan mengenai beberapa isu proses. Perilaku yang memberikan kontribusi untuk mencapai sesuatu akan menjamin kesatuan dalam kelompok.

Hackman, 1990 mengemukakan beberapa ciri dari suatu kelompok yang efektif adalah :

1. Menyadari dan memberikan perhatian pada proses mereka sendiri.
2. Beberapa kelompok ini berusaha meyakinkan bahwa beberapa fungsi proses dalam kelompok selalu dilaksanakan, meliputi fungsi tugas maupun fungsi perawatan.
3. Beberapa anggotanya mempunyai beberapa individu yang terlatih dalam melaksanakan tugas kelompok dan mampu menyumbangkan ketrampilan yang sama pada beberapa anggota lainnya.
4. Pengembangan tim dan perubahan

Organisasi membutuhkan perubahan melalui beberapa orang dalam organisasi tersebut. Perubahan dapat terjadi dengan adanya gagasan atau ide. Salah satu instrumen perubahan dalam pengembangan organisasi adalah proses *team building*. Pengembangan

tim (*team development*) yang memiliki persamaan dengan pembangunan tim (*team building*). Stewart, 1991 berpendapat bahwa pembangunan tim diperlukan bagi organisasi untuk mengejar beberapa sasaran bersama. Anderson dan kawan-kawan, 1990 menyebutkan bahwa pembangunan tim dalam organisasi berguna untuk menghasilkan beberapa fungsi yang efektif dalam kelompok kerja dan mencerminkan dua kebenaran mengenai organisasi kerja, yaitu :

1. Keberhasilan beberapa tugas dalam beberapa tujuan yang dituju selalu memerlukan bantuan dan kerja sama.
2. Beberapa manfaat sinergi dapat dicapai dari tindakan kolektif.

Dalam pengembangan organisasi, Todryk, 1991, menjelaskan mengenai beberapa keuntungan pembangunan tim bagi individu, kelompok dan organisasi adalah sebagai berikut :

1. Meningkatkan kemampuan anggota terhadap respon.
2. Menerima respon dengan cepat dan akurat.
3. Meningkatkan motivasi.
4. Meningkatkan kualitas kerja.
5. Meningkatkan kerja sama tim
6. Meningkatkan komitmen bersama.

Anderson dan kawan-kawan, 1990 menjelaskan mengenai beberapa keuntungan pembangunan tim yang dicerminkan dalam area dimana pembangunan tim tersebut digunakan untuk :

1. Mengidentifikasi tujuan
2. Mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan tim serta bagaimana meningkatkan

kekuatan dan mengurangi kelemahan.

3. Meningkatkan kemampuan kelompok pada proses, seperti gaya dalam memutuskan suatu masalah komunikasi.
4. Menyelesaikan konflik dalam kelompok.

Dari hasil yang ingin dicapai melalui intervensi pembangunan tim, Miftah, 1993 mengklasifikasikan sebagai berikut :

1. Beberapa hasil yang khusus dipergunakan untuk meningkatkan kemampuan individu bekerja dalam tim.
2. Beberapa hasil yang dikhususkan untuk kerja dari perilaku kelompok.
3. Beberapa hasil yang akan mempengaruhi meningkatnya hubungan kelompok bagi beberapa kelompok lainnya dalam organisasi tersebut.

Beer dan Huse, 1972 memformulasikan bahwa pembangunan tim adalah semacam pengembangan tim dimana anggota tim mendiagnosa bagaimana mereka melakukan kerja sama dan merencanakan perubahan yang dapat meningkatkan efektivitas kerja.

2.5 Proses Keperawatan

Pada jaman dahulu para perawat pada umumnya merasa bangga terhadap dirinya sendiri didalam menghadapi orang sakit atau didalam memberikan beberapa tindakan kepada pasien. Sebagian besar tugas yang dilaksanakan oleh perawat adalah merupakan pelimpahan tugas dari profesi lain, dan hanya sedikit perawat yang mengetahui dengan benar apa tugas utamanya yang mandiri dan berdasarkan ilmu pengetahuan keperawatan (Le Mone, 1993).

Pada saat ini sistem keperawatan sudah berubah. Perawat pada saat ini bekerja bagi klien yang sakit maupun yang sehat, baik secara mandiri maupun bekerja sama

dengan profesi kesehatan lainnya. Peran perawat juga lebih spesifik, misalnya sebagai manajer, pendidik, peneliti dan lain-lain. Para perawat harus menguasai ilmu keperawatan, berkompeten dan mandiri dalam bekerja meskipun tidak terlepas dari kerja sama dengan profesi kesehatan lain dan memberikan pelayanan keperawatan secara holistik.

Pemberian asuhan keperawatan merupakan proses terapotik yang melibatkan hubungan kerja sama antara perawat dengan klien, keluarga dan masyarakat dalam mencapai tingkat kesehatan yang optimal (Carpenito, 1983). Perawat memerlukan metode ilmiah dalam melaksanakan proses terapoetik tersebut, yang dalam hal ini disebut proses keperawatan. Proses keperawatan digunakan untuk membantu perawat dalam melaksanakan praktek keperawatan secara sistematis dalam menyelesaikan masalah (Le Mone, 1993). Dengan menggunakan proses keperawatan, perawat akan menunjukan tanggung jawab dan tanggung gugat kepada klien, sehingga kualitas praktek keperawatan dapat meningkat.

2.5.1 Pengertian proses keperawatan

Menurut Carpenito, 1983 proses keperawatan adalah suatu metode sistematis yang berhubungan langsung dengan perawat dan klien dalam menentukan beberapa kebutuhan untuk beberapa tindakan keperawatan. Menurut Anakeliat Budi, 1990 proses keperawatan adalah suatu metode yang sistematis dan terorganisir dalam pemberian asuhan keperawatan yang difokuskan pada reaksi atau respon manusia yang unik pada suatu kelompok ataupun individu terhadap gangguan keschatan yang dialami baik aktual maupun potensial. Menurut Le Mone, 1993 proses keperawatan adalah metode yang sistematis dimana perawat bersama klien membutuhkan kebutuhan akan asuhan

keperawatan, merencanakan dan melaksanakan asuhan keperawatan serta menilai hasil asuhan keperawatan, yang berfokus pada klien, berorientasi pada tujuan, merupakan proses interelasi dan pada setiap tahap tergantung pada tahap berikutnya, serta sebagai kerangka kerja dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Proses keperawatan adalah pendekatan yang digunakan perawat untuk memberikan asuhan keperawatan, sehingga kebutuhan klien dapat terpenuhi.

2.5.2 Tujuan proses keperawatan

Tujuan utama dari proses keperawatan adalah untuk membantu perawat dalam mengelola setiap tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien berdasarkan ilmu pengetahuan, holistik dan kreatif (Le Mone, 1993). Dalam melaksanakan proses keperawatan, perawat perlu mempunyai kemampuan didalam intelektual, interpersonal dan psikomotor. Pada kemampuan intelektual, perawat harus mampu dalam menyelesaikan masalah, berfikir kritis dan membuat keputusan. Kemampuan interpersonal mencakup dalam kemampuan berkomunikasi dengan cara mendengar, tertarik, empati dan percaya. Sedangkan pada kemampuan psikomotor, perawat harus trampil dalam menggunakan beberapa alat dan memperhatikan sikap dalam memberikan suatu tindakan kepada klien.

2.5.3 Riwayat perkembangan proses keperawatan

Pertamkali istilah proses keperawatan diperkenalkan oleh Hall pada tahun 1955, yang kemudian dikembangkan oleh para perawat dalam memberi batasan terhadap pekerjaan perawat. Pada tahun 1960an, beberapa teori keperawatan sudah mulai menggambarkan apa yang disebut keperawatan, misalnya keperawatan adalah secara mandiri dalam memberikan tindakan keperawatan profesional dan dibuat perencanaan

dengan beberapa khusus dalam pendekatan proses untuk melaksanakan praktek keperawatan. Pada tahun 1963, Wiedenbach mengemukakan ada tiga tahapan dalam proses keperawatan, yaitu melakukan observasi, memberikan bantuan pertolongan dan melaksanakan validasi. Pada tahun 1967, Knowles mengemukakan bahwa proses keperawatan dirumuskan dalam 5D's, yaitu *discover, delve, decide, do, discriminate*. Selanjutnya *Western Interstate Commission on Higher Education (WICHE)* mengemukakan beberapa tahapan dalam proses keperawatan, yaitu persepsi, komunikasi, intervensi dan evaluasi. Pada tahun yang sama pula di fakultas keperawatan Universitas Katholik Amerika Serikat menyatakan bahwa terdapat empat tahapan dalam proses keperawatan, yaitu pengkajian, perencanaan pelaksanaan dan evaluasi. Pendapat yang sama, juga dikemukakan oleh Yura and Walls, yang kemudian dinyatakan sebagai pencipta buku pertama mengenai proses keperawatan. Mereka berpendapat bahwa diagnosis keperawatan merupakan kesimpulan nyata dari hasil pengkajian dan dimasukan pada tahap pengkajian.

Pada tahun 1973, Gabbie dan Lavin membuat kesamaan, standar dan identifikasi beberapa masalah kesehatan yang dapat diselesaikan dengan tindakan keperawatan. Gabbie dan Lavin mengemukakan bahwa diagnosis keperawatan harus disendirikan, karena proses penetapan diagnosis keperawatan sangat berbeda dengan proses pada tahap pengkajian. Konsep tersebut hingga pada saat ini banyak diterapkan pada proses keperawatan, yaitu dengan menggunakan lima tahap yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Beberapa tahapan pada proses keperawatan disahkan pada tahun 1973, ketika *American Nurses Association*

mengadakan konggres mengenai pengembangan praktek keperawatan menjadi standar praktek yang merupakan pedoman bagi penampilan kinerja kinerja perawat.

2.5.4 Tujuan dan kegiatan pada setiap tahapan dalam proses keperawatan

1. Tahap pengkajian

Tahap pengkajian dilaksanakan bertujuan untuk menyusun data dasar. Tahap pengkajian merupakan tahap pengumpulan data tentang status kesehatan pasien. Pengkajian ini dilakukan saat pertama kali pasien datang, sehingga data yang diambil adalah data awal. Terdapat dua macam data, yaitu data dasar dan data fokus. Data dasar adalah data mengenai status keperawatan pasien secara umum. Data fokus adalah data yang dikembangkan dari data dasar, yang difokuskan pada masalah kesehatan pasien secara khusus. Ruang lingkup pengkajian keperawatan mencakup bio, psiko, sosial dan spiritual pasien. Terdapat berbagai model dalam membuat format pengkajian. Kegiatan yang dilakukan pada tahap pengkajian ini adalah sebagai berikut:

- 1). Mengumpulkan data
- 2). Memeriksa data yang bertentangan
- 3). Mengambil riwayat keperawatan
- 4). Melakukan pemeriksaan fisik
- 5). Meninjau beberapa catatan, hasil pemeriksaan laboratorium, dan lain-lain.
- 6). Konsultasi dengan anggota tim kesehatan lain.
- 7). Tinjauan buku sumber.

2. Tahap diagnosis

Pada tahap diagnosis, perawat menentukan diagnosis keperawatan yang terjadi

pada pasien sesuai dengan data yang diperoleh pada waktu pengkajian. Jenis diagnosa keperawatan ada lima, yaitu aktual, resiko, kemungkinan, perubahan perilaku sehat dan sindroma (Carpenito, 1999). Kegiatan yang dilakukan pada tahap diagnosis ini adalah sebagai berikut :

- 1). Validasi data
- 2). Koreksi dan pengelompokan data
- 3). Interpretasi
- 4). Memberi nama pada masing-masing kelompok data dengan pernyataan diagnostik.

3. Tahap perencanaan.

Tujuan pada tahap perencanaan adalah untuk mengidentifikasi tujuan dan rencana tindakan yang sesuai. Komponen dari tahap perencanaan adalah tujuan dan perencanaan. Perawat membuat perencanaan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang terjadi pada pasien. Perencanaan tindakan keperawatan ini dapat dibuat suatu standar. Kegiatan yang dilakukan pada tahap perencanaan ini adalah sebagai berikut :

- 1). Menyusun prioritas
- 2). Menulis tujuan dan kriteria hasil
- 3). Memilih strategi perawatan
- 4). Konsultasi dengan tenaga kesehatan lain
- 5). Menulis rencana tindakan keperawatan

4. Tahap pelaksanaan

Tujuan dari tahap pelaksanaan adalah untuk melaksanakan rencana tindakan keperawatan dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Terdapat tiga jenis

tindakan keperawatan, yaitu independen, interdependen dan dependen. Kegiatan yang dilakukan pada tahap pelaksanaan ini adalah sebagai berikut :

- 1). Pengkajian ulang klien
- 2). Memperbarui data dasar
- 3). Meninjau dan merevisi rencana tindakan keperawatan
- 4). Melaksanakan tindakan keperawatan yang telah direncanakan.

5. Tahap evaluasi

Tujuan pada tahap evaluasi adalah untuk menentukan tingkat pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. Pada tahap evaluasi perawat melakukan evaluasi terhadap hasil dari pemberian asuhan keperawatan. Terdapat dua macam evaluasi, yaitu evaluasi berdasarkan tujuan dan evaluasi tindakan. Kegiatan yang dilakukan pada tahap evaluasi ini adalah sebagai berikut :

- 1). Mengumpulkan data mengenai respon klien
- 2). Membandingkan respon klien dengan kriteria evaluasi
- 3). Menganalisis alasan mengenai keberhasilan
- 4). Modifikasi rencana tindakan keperawatan

2.5.3 Karakteristik proses keperawatan

Menurut Le Mone, 1993 terdapat empat karakteristik proses keperawatan, yang mencakup sistematis, dinamis, interpersonal, berorientasi pada tujuan dan *universall aplicable*.

1. Sistematis

Para perawat melaksanakan kegiatan yang tak terhitung banyaknya dalam setiap harinya. Untuk mencapai keberhasilan aktivitas yang dilaksanakan, para perawat

harus mempunyai suatu metode yang tepat. Setiap kali melaksanakan aktivitas, akan dipengaruhi oleh aktivitas sebelumnya dan akan mempengaruhi aktivitas yang akan dilakukan. Tanpa adanya data dasar yang lengkap dan akurat, perawat tidak dapat menentukan masalah klien. Jika perawat kurang memahami terhadap pengkajian, perawat akan kesulitan untuk membuat perencanaan. Jika tujuan tidak ditetapkan dengan baik, maka pemberian tindakan keperawatan dan evaluasi akan tidak ada gunanya. Hubungan langsung dan saling terkait diantara beberapa tahapan dalam proses keperawatan adalah hal yang sistematis untuk melakukan suatu aktivitas.

2. Dinamis

Walaupun proses keperawatan dilaksanakan dengan beberapa tahapan yang berurutan, tetapi pada kenyataannya masih sering terjadi tumpang tindih diantara kelima tahapan yang ada. Pada beberapa situasi, kelima tahapan pada proses keperawatan akan dilaksanakan hampir dalam waktu yang bersamaan. Misalnya jika ada klien yang tersumbat makanan pada saluran pernafasan, perawat harus cepat-cepat mengidentifikasi masalah sambil merencanakan dan dengan cepat harus memberikan tindakan untuk mengeluarkan makanan yang menyumbat saluran pernafasan sambil melaksanakan evaluasi tentang efektivitas tindakan yang dilakukan. Berdasarkan uraian tersebut di atas, maka proses keperawatan dapat dikatakan dinamis karena dapat berubah kapan saja, disesuaikan dengan data terbaru klien, sehingga kemungkinan terjadi beberapa modifikasi rencana tindakan keperawatan.

3. Interpersonal

Aktivitas keperawatan selalu berorientasi pada kebutuhan manusia dan lebih

berfokus pada klien daripada pada tugas perawat. Keberadaan keperawatan sebagai suatu profesi, maka didalam memberikan tindakan, perawat tidak hanya dituntut untuk trampil saja tetapi juga harus mampu melaksanakan komunikasi terapeutik.

4. Berorientasi pada tujuan

Perawat dengan klien biasanya sering berbeda pendapat dalam menentukan tujuan yang harus dicapai oleh klien. Proses keperawatan dilaksanakan atas kerja sama perawat dan klien, demikian juga dalam menentukan tujuan. Perawat membantu klien untuk mencapai tujuan dengan memberikan asuhan keperawatan secara berkesinambungan.

5. *Universall applicable*

Proses keperawatan dapat diterapkan pada klien, baik yang sakit maupun yang sehat, baik yang tua maupun yang muda. Penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa proses keperawatan dapat diterapkan untuk semua situasi dan semua masalah keperawatan, sehingga proses keperawatan merupakan kerangka kerja untuk semua aktivitas para perawat.

2.5.4 Manfaat proses keperawatan

Pemberian asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan metode proses keperawatan kepada klien, harus didasari oleh holistik dan tindakan keperawatan yang bersifat individual. Perawat menerapkan proses keperawatan secara sistematis untuk mencapai tujuan dan efektivitas rencana tindakan keperawatan. Berdasarkan penerapan tersebut di atas, maka klien akan mendapatkan kepuasan dan perawat akan mampu mengembangkan profesionalisasi.

2.6 Dokumentasi Asuhan Keperawatan

2.6.1 Pengertian dokumentasi asuhan keperawatan

Dokumentasi keperawatan adalah informasi tertulis mengenai status dan perkembangan kondisi kesehatan pasien serta semua kegiatan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat (Fischbach, 1991). Menurut Perry Anne Griffin dan Potter Patricia A, 1998, dokumentasi adalah segala sesuatu yang ditulis dan dipercaya sebagai catatan dari beberapa bukti yang disahkan. Dokumentasi asuhan keperawatan adalah bentuk tulisan perawatan dalam memberikan asuhan keperawatan.

Isi dari dokumentasi merupakan uraian yang komprehensif dari status kesehatan pasien dan beberapa kebutuhan pasien, sesuai dengan pelayanan yang diberikan kepada pasien (Perry Anne Griffin dan Potter Patricia A, 1998). Dokumentasi yang akurat menggambarkan kualitas dari mutu pelayanan dan dapat memberikan beberapa bukti dari setiap tenaga kesehatan bertanggung jawab terhadap pemberian pelayanan.

2.6.2 Tujuan pendokumentasian asuhan keperawatan

Beberapa tujuan dokumentasi asuhan keperawatan menurut Fischbach, 1991 adalah sebagai berikut :

1. Sebagai bahan bukti pertanggungjawaban dan pertanggunggugatan pelaksanaan asuhan keperawatan.
2. Sebagai media komunikasi yang efektif antar profesi dalam suatu tim pelayanan kesehatan untuk melihat dan menganalisa perkembangan status kesehatan pasien.
3. Untuk perencanaan perawatan pasien.
4. Sebagai indikator kualitas pelayanan keperawatan.
5. Sebagai sumber data untuk penelitian bagi pengembangan ilmu keperawatan.

6. Sebagai sarana untuk bahan belajar mahasiswa keperawatan.

Menurut Perry Anne Griffin dan Potter Patricia A, 1998, tujuan dari dokumentasi adalah memberikan informasi untuk komunikasi, pendidikan, pengkajian, penelitian, audit dan aspek legal. Jika terjadi kesalahan dalam menulis, maka kemungkinan kesalahan dalam memberikan pelayanan keperawatan dapat terjadi.

2.6.3 Manfaat dokumentasi asuhan keperawatan

Kesinambungan dari dokumentasi asuhan keperawatan sangat mendukung dalam penyusunan dan pengembangan suatu sistem pelayanan kesehatan (Griffin Perry Anne dan Patricia A Potter, 1998). Menurut Iyer and Camp, 1995, dokumentasi asuhan keperawatan menjadi suatu alur yang penting antara standar dan evaluasi dari pelayanan keperawatan. Kualitas dari penerapan dokumentasi asuhan keperawatan tergantung pada kebijakan, beberapa sumber dan keuangan dari unit pelayanan kesehatan. Menurut *Commission on Accreditation of Healthcare Organization*, 1998, bahwa dokumentasi asuhan keperawatan sangat penting dalam menentukan *cost* pelayanan kesehatan. Dokumentasi asuhan keperawatan dapat digunakan sebagai standar untuk memonitor dan mengevaluasi para perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan.

Menurut Matheus dan Zodak, 1993, para perawat harus mampu menggunakan beberapa format dokumentasi asuhan keperawatan sebagai sarana berkomunikasi yang efektif antar petugas kesehatan. Pemilihan penerapan model dokumentasi asuhan perawatan ditujukan untuk meningkatkan produktifitas dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Pada akhirnya dengan dokumentasi asuhan keperawatan, para perawat harus bertanggung jawab terhadap segala tindakan yang diberikan kepada pasien,

sehingga jika menulis informasi harus jelas dan logik, menguraikan semua pemberian pelayanan keperawatan.

2.6.4 Beberapa petunjuk dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan yang berkualitas.

Menurut Perry Anne Griffin dan Potter Patricia A, 1998, asuhan keperawatan yang berkualitas dapat meningkatkan efisiensi dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien dan dapat diterapkannya standar asuhan keperawatan. Beberapa petunjuk dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan yang berkualitas adalah sebagai berikut :

1. Berdasarkan fakta

Pencatatan dan pelaporan yang berdasarkan fakta harus bersifat deskriptif, obyektif mengenai apa yang dilihat, didengar, dirasakan dan dibau. Informasi yang diberikan harus bersifat obyektif dan menggunakan beberapa kata yang jelas. Jika para perawat menggunakan kesimpulan tanpa disertai informasi yang nyata, maka kemungkinan dapat menyebabkan kesalahan dalam memberikan pelayanan keperawatan. Informasi yang jelas didapatkan dari observasi perilaku pasien dan bukan merupakan intepretasi dari observasi yang dilakukan.

2. Akurat

Penggunaan pengukuran yang tepat, misalnya “intake 220 ml air” lebih baik daripada “klien minum banyak”. Informasi terhadap suatu pengukuran akan digunakan untuk menentukan apakah kondisi kesehatan pasien bertambah baik atau bertambah buruk. Penggunaan beberapa singkatan dan beberapa simbol harus ditetapkan oleh insitusi dan semua perawat yang bertugas pada institusi tersebut menggunakannya sama

dalam dokumentasi asuhan keperawatan. Memasukan pencatatan yang akurat, harus menunjukkan bahwa perawat harus melakukan tepat pada waktunya. Nama perawat juga harus tercantum jelas, siapa yang memberikan tindakan. Memasukan pencatatan juga boleh terlambat pada situasi tertentu, misalnya kondisi kesehatan pasien yang sangat buruk sehingga membutuhkan tindakan yang cepat dari beberapa perawat. Jika memasukan pencatatan yang tidak akurat kemungkinan dapat menyebabkan kesalahan dalam memberikan tindakan kepada pasien.

3. Lengkap

Informasi yang ditulis dalam dokumentasi asuhan keperawatan harus lengkap mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan status kesehatan pasien. Biasanya catatan yang panjang, akan memakan waktu yang lama untuk memahami dan sangat boros. Tetapi pencatatan yang kurang lengkap dan singkat akan berpengaruh terhadap kualitas asuhan keperawatan. Pencatatan yang singkat tetapi lengkap dapat dilakukan dengan cara menghilangkan beberapa kata pengulangan dan menghilangkan penjelasan detail yang tidak diperlukan.

4. Pencatatan waktu

Menurut *Commission on Accreditation of Healthcare Organization, 1996*, mencatat waktu dalam dokumentasi asuhan keperawatan adalah penting untuk ketepatan dalam pemberian suatu tindakan. Keterlambatan dalam melaksanakan pencatatan dan pelaporan dapat dikatakan sebagai suatu kelalaian karena dapat berpengaruh terhadap pemberian tindakan.

5. Terorganisir

Dalam melaksanakan pencatatan dan pelaporan, para perawat sama dengan

mengkomunikasikan informasi suatu kronologi kejadian yang logik. Informasi tersebut harus dimengerti dan dipersepsikan sama oleh seluruh petugas kesehatan yang terkait. Penulisan pada beberapa format dokumentasi harus sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

6. "Diantara kita"

Informasi yang ada pada dokumentasi asuhan keperawatan merupakan beberapa hal yang didapatkan dengan pemeriksaan, observasi, percakapan atau tindakan. Berdasarkan hukum dan etik, para perawat mempunyai kewajiban untuk menyimpan informasi mengenai penyakit dan tindakan yang dirahasiakan. Hanya personil yang terlibat langsung dalam menangani masalah kesehatan pasien yang mempunyai hak untuk melihat dokumentasi asuhan keperawatan.

7. Mudah dibaca

Pencatatan yang tidak mudah dibaca, dapat menyebabkan kesalahan dalam memberikan tindakan. Perawat harus menggunakan tinta yang jelas, sehingga mudah dibaca. Warna tinta yang digunakan, biasanya menggunakan warna hitam atau biru.

2.6.5 Beberapa jenis format dan model dokumentasi asuhan keperawatan.

Jenis format dan model dokumentasi dapat berbeda-beda, tergantung dari kebutuhan pasien akan pelayanan kesehatan (Perry Anne Griffin dan Potter Patricia A, 1998). Pemilihan model dokumentasi yang baik adalah tidak adanya duplikasi yang pencatatan data. Beberapa jenis format dan model dokumentasi yang biasanya digunakan adalah sebagai berikut :

1. Format pengkajian keperawatan

Menurut *Commission on Accreditation of Healthcare Organization, 1996*, format pengkajian berisi mengenai beberapa hal yang berhubungan dengan data dasar biografi, diagnosa medik, keluhan utama, riwayat singkat medik dan data mengenai pemenuhan kebutuhan dasar manusia. Data yang terdapat pada format pengkajian ini, dapat digunakan untuk mengidentifikasi adanya diagnosis keperawatan. Pengisian format pengkajian ini, harus dilakukan pada saat pasien baru masuk rumah sakit.

2. Lembar grafik dan pencatatan *intake-output*.

Jenis format ini digunakan untuk menuliskan data yang diulang atau sama pada setiap harinya (kegiatan rutinitas). Jenis format ini biasanya digunakan untuk data mengenai hasil pengukuran tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, pengukuran *intake-output* cairan, hasil pemeriksaan laboratorium, status integumen, dan data neurologik. Menurut O'Brien dan Landstrong, 1994, jenis format ini sangat memudahkan dan dapat dijadikan sebagai kerangka kerja serta dapat digunakan sebagai pengganti penulisan yang bersifat naratif. Para perawat tidak perlu membuat catatan perkembangan dalam bentuk naratif, karena data yang didapatkan setiap hari sudah dapat menggambarkan perkembangan status kesehatan pasien. Jenis format ini biasanya lebih cepat penulisannya, sehingga lebih efisien dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan.

Jenis format seperti ini, biasanya disebut juga sebagai model dokumentasi asuhan keperawatan *flow sheet*. Penerapan model dokumentasi ini, biasanya data yang didapatkan lebih akurat dan hampir seluruh tahapan dalam proses keperawatan dapat

tercakup, yaitu tahapan pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi, dengan hanya menulis satu kali saja.

3. Kardex keperawatan

Kardex keperawatan berisi informasi mengenai kegiatan pemberian pelayanan keperawatan sehari-hari. Format kardex keperawatan terbagi menjadi dua bagian, yaitu bagian perencanaan dan bagian tindakan. Informasi yang ada pada kardex keperawatan mencakup data dasar kebutuhan demografik, diagnosis keperawatan, order dokter, rencana tindakan keperawatan, tindakan keperawatan, catatan perkembangan dan beberapa faktor yang berhubungan dengan aktivitas sehari-hari pasien.

Kardex keperawatan digunakan oleh para perawat sebagai sarana untuk melaksanakan kegiatan timbang terima pada waktu pergantian dinas.

4. Pencatatan pada beberapa kondisi khusus

Pencatatan pada beberapa kondisi khusus adalah sebuah pendekatan inovatif dengan melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan yang singkat dengan menghilangkan duplikasi pencatatan dengan menurunkan pemakaian waktu dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan (Iyer, 1995). Penggunaan model dokumentasi ini harus disertai dengan standar praktek keperawatan yang jelas dan telah ditetapkan sebelumnya. Standar praktek keperawatan ini, akan menggambarkan tanggung jawab perawat terhadap pasien dan dapat digunakan sebagai kerangka kerja untuk memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Standar praktek keperawatan tersebut diintegrasikan melalui beberapa format dokumentasi asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan pada suatu institusi pelayanan kesehatan.

2.7 Efektifitas

Efektifitas adalah tingkat pencapaian tujuan program (*target*) yang telah ditetapkan yang diukur dari hasil atau keluaran nyata dari program dibandingkan dengan *target*. Efektifitas juga dapat ditentukan dari perbandingan efek (*outcome*) dibandingkan dengan keluaran (*output*). Efektifitas menggambarkan akibat atau efek yang diinginkan dari suatu program, kegiatan, institusi dalam usaha mengurangi masalah kesehatan. Efektifitas juga dipergunakan untuk mengukur derajat keberhasilan dari suatu usaha tersebut dalam mencapai tujuan yang telah ditentukan.

Istilah efektifitas pada pelayanan kesehatan pertama kali diperkenalkan oleh Claude Bernard, seorang dokter terkemuka di Perancis (1865 – 19490). Bernard mengemukakan bahwa seorang dokter dalam memberikan pengobatan perlu dievaluasi apakah seorang pasien perlu diberikan pengobatan atau tidak perlu diberi pengobatan. Jika seorang pasien dapat sembuh secara alamiah dari sakitnya, maka dokter tidak perlu memberikan pengobatan. Ilustrasi tersebut di atas, dikatakan sebagai penerapan konsep efektivitas didalam pelayanan kedokteran. Konsep efektivitas pada pelayanan kesehatan dapat diartikan sebagai mengukur tingkat keberhasilan suatu program, tindakan, pola dan sistem dalam pelayanan. Efektivitas adalah pencapaian produktivitas pelayanan kesehatan yang optimal, dibandingkan dengan usaha yang minimal (Long Andrew F & Harrison Stephen, 1985).

Menurut Vuori (1982) dan Holland 1983 untuk mengevaluasi tingkat efektivitas suatu program, terdapat empat tahap yang harus dilaksanakan. Keempat tahap tersebut adalah sebagai berikut :

1. Mengidentifikasi progam yang akan diukur tingkat efektivitasnya, yang mencakup

prosedur, dan waktu yang digunakan.

2. Menetapkan indikator atau standar yang diharapkan dalam mengukur tingkat efektivitas.
3. Membandingkan hasil dari program pelayanan yang telah dilaksanakan dengan indikator atau standar yang diharapkan.
4. Membuat atau menetapkan suatu program pelayanan yang dapat dilaksanakan, dengan membuat modifikasi jika diperlukan.

Efektifitas pelayanan keperawatan adalah tingkat dimana pemberian perawatan atau tindakan keperawatan yang diberikan dengan tepat, sesuai dengan standar untuk mendapatkan hasil yang optimal.


2.8 Efisiensi

Efisiensi adalah merujuk pada tingkat pemanfaatan masukan atau sumberdaya yang digunakan dalam proses (Pribadiono, 2000). Efisiensi menggambarkan hubungan antara hasil yang dicapai suatu program kesehatan dengan usaha – usaha yang diperkirakan. Terdapat dua macam efisiensi, yaitu efisiensi teknis dan efisiensi biaya. Efisiensi biaya bila hasil suatu unit pelayanan, dikaitkan dengan uang. Efisiensi teknis, jika hasil suatu unit pelayanan dikaitkan dengan waktu, metode, dan sumber daya (Suprianto, 2000).

Efisiensi dalam pelayanan keperawatan adalah hasil yang dicapai dari kualitas pelayanan keperawatan yang dihubungkan dengan penggunaan sumber daya (Rowland H dan Rowland B, 1997). Efisiensi sering dihubungkan dengan *ratio benefit cost*. Hal ini menyangkut dalam penentuan apakah terjadi kerugian secara materiil atau tidak dalam memberikan pelayanan keperawatan dengan kualitas yang sama. Efisiensi merupakan

rasio dari hasil pemberian pelayanan keperawatan, dibandingkan dengan penggunaan sumber daya dalam memberikan pelayanan keperawatan (Rowland H dan Rowland B, 1997)





BAB 3

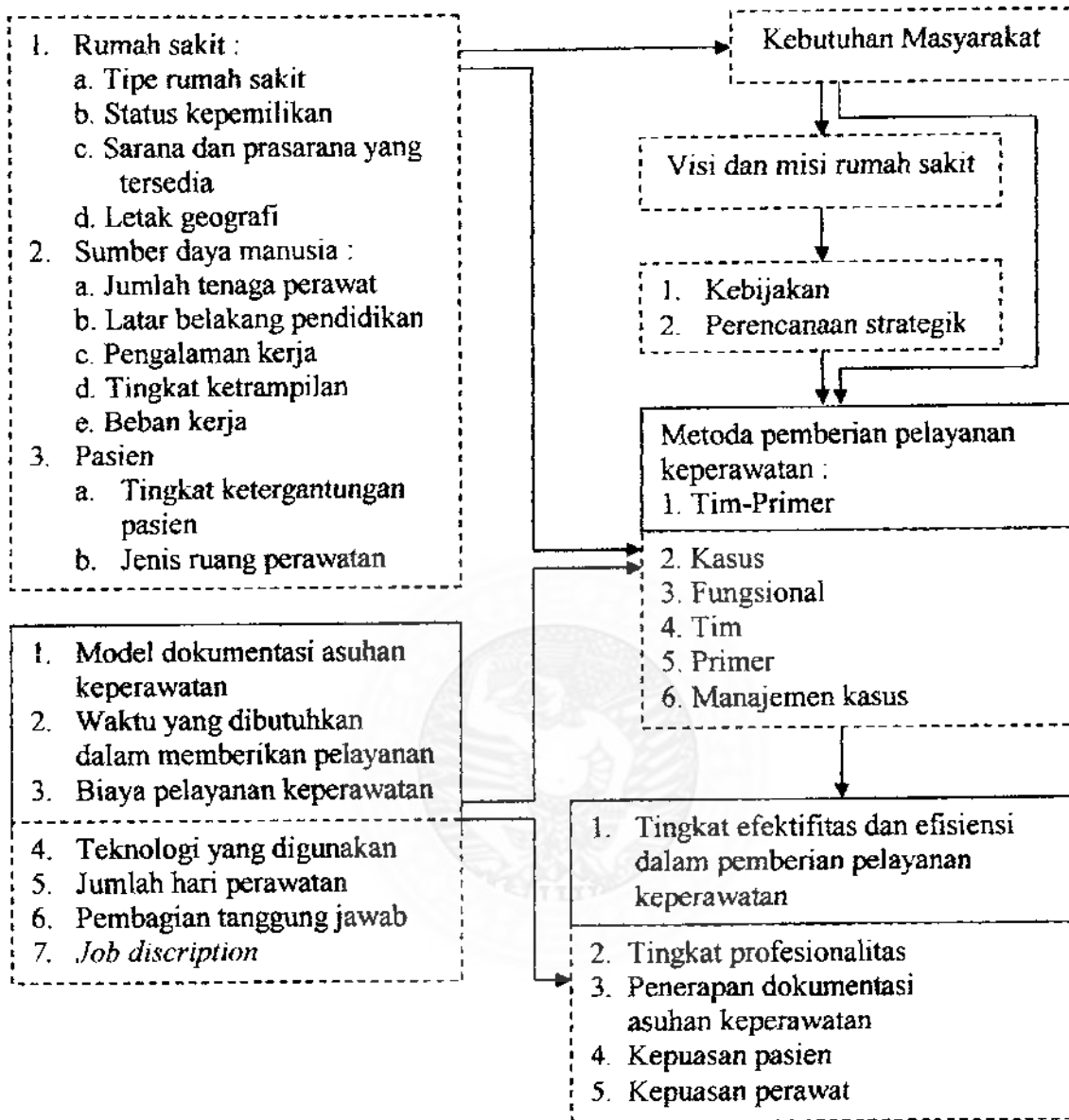
KERANGKA KONSEPTUAL

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

Pemilihan penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan pada suatu unit perawatan, harus disesuaikan dengan berbagai faktor. Faktor yang paling utama adalah pemenuhan kebutuhan masyarakat pengguna pelayanan kesehatan tersebut. Kebutuhan masyarakat akan berpengaruh terhadap menentukan visi dan misi rumah sakit, visi dan misi tersebut dijabarkan dalam bentuk kebijakan dan digunakan sebagai acuan dalam membuat perencanaan strategik. Kebijakan dan perencanaan strategik tersebut, diantaranya juga meliputi penerapan metoda pemberian pelayanan keperawatan. Bererapa faktor lain yang berpengaruh adalah faktor rumah sakit, faktor sumber daya manusia, dan faktor pasien. Faktor rumah sakit mencakup tipe rumah sakit, status kepemilikan, sarana dan prasarana yang tersedia dan letak geografi dari rumah sakit tersebut. Faktor sumber daya manusia mencakup jumlah tenaga perawat, latar belakang pendidikan perawat, pengalaman kerja perawat, tingkat ketrampilan perawat dan beban kerja perawat. Faktor pasien mencakup tingkat ketergantungan pasien dan jenis ruang perawatan. Pemilihan penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan, dapat berpengaruh terhadap efektifitas dan efisiensi dalam pemberian pelayanan keperawatan karena masing-masing jenis metode mempunyai berbagi faktor yang harus dipertimbangkan. Pemilihan metode pemberian pelayanan keperawatan juga berpengaruh terhadap tingkat profesionalitas pemberian pelayanan, penerapan dokumentasi asuhan keperawatan, kepuasan pasien dan kepuasan perawat itu sendiri.

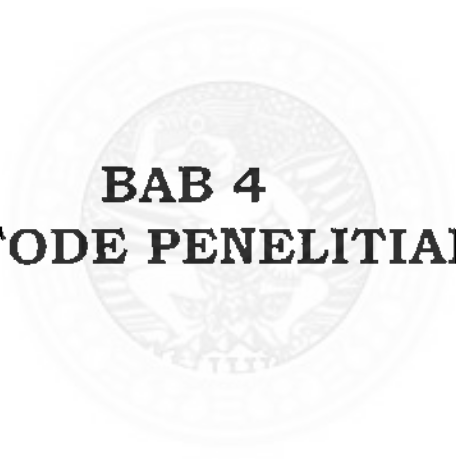
Dalam mencapai tujuan terhadap tingkat efektifitas dan efisiensi dalam pemberian pelayanan keperawatan, terdapat beberapa faktor yang harus dipertimbangkan. Beberapa faktor tersebut diantaranya adalah model dokumentasi asuhan keperawatan, waktu yang dibutuhkan dalam memberikan asuhan keperawatan, biaya pelayanan keperawatan dan biaya pelayanan keperawatan. Terdapat tiga model dokumentasi, diantaranya adalah model tradisional, model standar dan model *flowsheet*. Sebagian besar pada unit pelayanan keperawatan di berbagai rumah sakit Indonesia masih menggunakan model tradisional. Penerapan model tradisional membutuhkan banyak waktu dan banyak menggunakan jenis format, sehingga membutuhkan waktu yang banyak untuk kegiatan tulis menulis. Model tradisional ini sesuai untuk proses pembelajaran bagi mahasiswa keperawatan. Model standar dan *flowsheet* paling sesuai diterapkan pada unit pelayanan keperawatan, karena pemberian pelayanan yang berkualitas salah satunya harus disesuaikan dengan standar yang berlaku. Standar yang berpengaruh langsung terhadap pemberian pelayanan keperawatan adalah standar asuhan keperawatan atau biasanya disingkat dengan SAK. Beberapa faktor lain yang juga harus dipertimbangkan adalah teknologi yang digunakan, jumlah hari perawatan, pembagian tanggung jawab dan adanya *job discription*. Hubungan antar berbagai faktor yang berpengaruh terhadap tingkat efektifitas dan efisiensi dalam pemberian pelayanan keperawatan, dapat lebih dijelaskan dengan gambar sebagai berikut :



Gambar 3.1 : Kerangka konseptual penelitian modifikasi teori sistem pelayanan kesehatan

Keterangan :

_____ : diteliti
 ----- : tidak diteliti



BAB 4

METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN


4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian *operational riset* disertai penilaian sebelum dan sesudah pemberian intervensi. Penelitian *operational riset* yang dimaksud mempunyai hubungan erat dengan kegiatan operasional pelayanan keperawatan yang sedang berjalan atau yang sedang dilaksanakan. Pada penelitian ini dilakukan pengukuran efektifitas waktu dan efisiensi *cost* perawat dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya (lihat pada lampiran). Kemudian para perawat diberikan pelatihan sebagai perlakuan mengenai penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer kepada para perawat di Instalansi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya selama tiga bulan. Setelah dilakukan uji coba, para perawat mengukur efektifitas waktu dan efisiensi *cost* terhadap dokumentasi yang telah diujicobakan (yang dibuat peneliti). Pada akhirnya penelitian ini akan menghitung selisih efektifitas waktu dan efisiensi *cost* antara dokumentasi yang ditetapkan oleh PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya dengan yang dibuat oleh peneliti. Penelitian ini pada akhirnya mempunyai dampak terhadap peningkatan mutu atau kualitas pemberian pelayanan keperawatan.

Pelaksanaan penelitian ini senantiasa melibatkan modifikasi sesuai dengan situasi dan kondisi pada waktu penelitian, misalnya mengenai SDM perawat (kuantitas dan kualitas), sumber dana, fasilitas dan kebijakan yang ditentukan oleh pihak manajemen

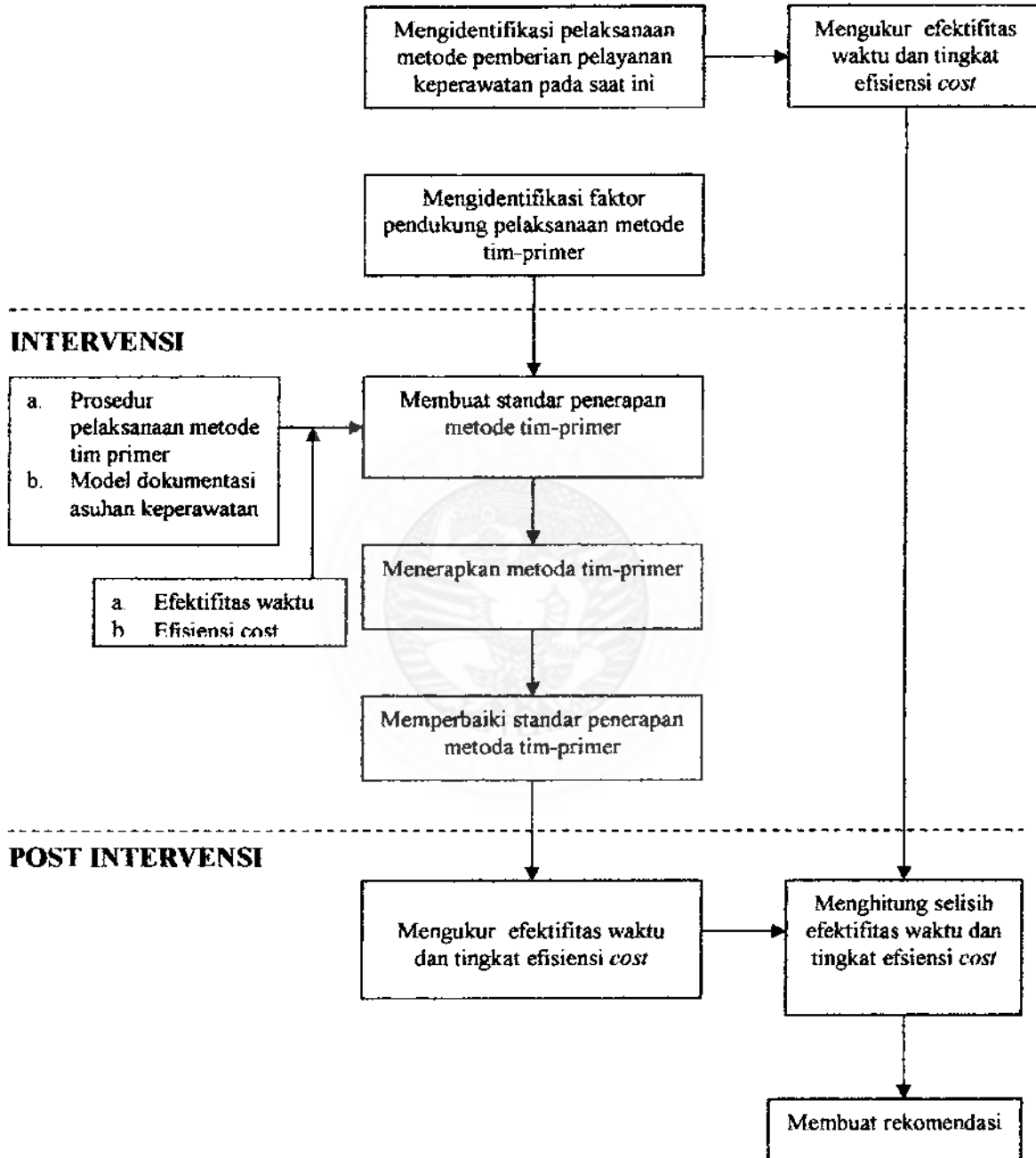
rumah sakit. Pada akhir penelitian ini diharapkan akan diperoleh suatu bentuk intervensi yang sesuai dan secara umum dapat dilaksanakan sebagai pedoman operasional bagi pemberian pelayanan keperawatan di ruang rawat inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya.

Penelitian ini dilakukan di Instalansi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya dengan tiga tahap penelitian, yaitu tahap penelitian pre intervensi, tahap penelitian intervensi dan tahap penelitian post intervensi. Tahap penelitian pre intervensi dilakukan sejak bulan Nopember 2002 sampai dengan bulan Pebruari 2003. Tahap penelitian intervensi dilakukan mulai bulan Maret 2003 sampai dengan Juli 2003. Tahap penelitian post intervensi dilakukan pada bulan Agustus 2003, sehingga penelitian ini dilakukan selama 10 bulan.



4.2 Kerangka Operasional Penelitian :

PRE INTERVENSI



Gambar 4.1 : Kerangka operasional penelitian

Penelitian ini dilakukan dalam bentuk mengukur efektifitas waktu yang digunakan dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan dan efisiensi *cost* dari kertas yang digunakan dalam penerapan dokumentasi asuhan keperawatan. Pengukuran yang dilakukan adalah membandingkan antara penerapan dokumentasi asuhan keperawatan pada metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer. Penelitian ini dilakukan dengan tiga tahap, dengan penjabaran kegiatan sebagai berikut :

4.2.1 Tahap pre intervensi

Pada tahap pre terdapat empat kegiatan penelitian, diantaranya adalah :

1. Tahap penelitian 1

Melakukan identifikasi pelaksanaan metode pemberian pelayanan keperawatan saat ini, yang mencakup kegiatan pengelolaan pelayanan keperawatan dan penerapan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap selama bulan Nopember 2002 sampai dengan Januari 2003. Identifikasi ini dilakukan dengan cara observasi.

2. Tahap penelitian 2

Hasil identifikasi pelaksanaan metode pemberian pelayanan keperawatan pada saat ini, kemudian dilakukan pengukuran tingkat efektifitas waktu dan tingkat efisiensi *cost* dalam menerapkan dokumentasi asuhan keperawatan.

3. Tahap penelitian 3

Pada penelitian tahap pre intervensi ini, juga dilakukan identifikasi terhadap faktor pendukung dalam menerapkan metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer. Faktor pendukung yang diidentifikasi mencakup jumlah tenaga keperawatan, latar belakang pendidikan perawat, pengalaman kerja perawat, letak geografi unit

pelayanan, jenis metode pemberian pelayanan keperawatan pada saat ini dan tersedianya pembantu orang sakit atau petugas kebersihan.

4.2.2 Tahap intervensi

1. Tahap penelitian 4

Membuat standar penerapan metoda pemberian pelayanan keperawatan tim-primer berdasarkan modifikasi standar normatif. Standar yang dibuat mencakup kegiatan pengelolaan pasien, *job discription* dan format dokumentasi asuhan keperawatan. Kegiatan pengelolaan pasien mencakup prosedur kegiatan perawat sehari – hari dalam memberikan asuhan keperawatan. Pembagian tanggung jawab pengelolaan pasien mencakup dasar pembagian tanggung jawab pemberian asuhan keperawatan pada perawat primer atau ketua tim. Standar *job discription* mencakup *job discription* untuk kepala ruang rawat inap, perawat primer atau ketua tim dan perawat pelaksana. Standar format dokumentasi asuhan keperawatan mencakup format pengkajian, format diagnosa keperawatan, format perencanaan, format pelaksanaan, format evaluasi dan petunjuk teknis penulisan dokumentasi asuhan keperawatan.

2. Tahap penelitian 5

Menerapkan metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Pada proses penerapan ini akan dilakukan pelatihan kepada para perawat di Instalansi Ruang Rawat Inap . Jumlah perawat yang ikut pelatihan adalah 56 orang, 6 orang sebagai perawat primer dan 6 orang sebagai perawat pelaksana. Materi pelatihan yang diberikan mencakup konsep strategi penerapan metoda pemberian pelayanan keperawatan tim-primer, komunikasi terapeutik, dokumentasi asuhan keperawatan dan penerapan metoda pemberian pelayanan keperawatan tim-primer. Para

perawat diajak untuk menerapkan langsung pada ruang rawat inap. Pelatihan para perawat ini membutuhkan waktu selama satu bulan. Proses penerapan ini, kemungkinan dapat dilakukan modifikasi-modifikasi disesuaikan dengan kondisi faktor pendukung yang ada pada PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya.

3. Tahap penelitian 6

Beberapa modifikasi yang dilakukan pada penelitian tahap 2, kemungkinan dapat merubah standar yang telah dibuat pada penelitian tahap 1. Pada penelitian tahap 3 ini kami akan memperbaiki standar yang sesuai dengan beberapa modifikasi pada penelitian tahap 2.

4.2.2 Tahap post intervensi

Pada tahap post ini terdapat tiga kegiatan penelitian, diantaranya adalah :

1. Tahap penelitian 7

Mengukur efektifitas waktu dan efisiensi *cost* dalam menerapkan dokumentasi asuhan keperawatan. Pengukuran tingkat efektifitas waktu dilakukan dengan mengukur berapa waktu yang dibutuhkan perawat dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pada satu orang pasien baru. Pengukuran tingkat efisiensi *cost* dilakukan dengan menghitung jumlah kertas yang digunakan dalam menerapkan dokumentasi asuhan keperawatan pada satu orang pasien mulai datang sampai dengan pulang. Pengukuran ini dilakukan di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya. Hasil pengukuran tingkat efektifitas dan tingkat efisiensi yang diperoleh, dibandingkan dengan hasil pengukuran tingkat efektifitas dan tingkat efisiensi dari penerapan dokumentasi asuhan keperawatan pada saat ini. Proses perbandingan ini harus mempertimbangkan kesamaan kasus dan lama hari perawatan. Setelah diketahui

efektifitas dan efisiensi, maka perlu dibentuk tim evaluasi dalam menerapkan metode yang direkomendasikan. Tugas dari tim ini adalah untuk memantau penerapan metode yang dipilih. Anggota dari tim ini terdiri dari manajer keperawatan, kepala ruangan dan perawat pelaksana.

2. Tahap penelitian 8

Pada kegiatan ini peneliti memberikan rekomendasi hasil penelitian kepada pihak manajemen PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya. Sebelum memberikan rekomendasi peneliti melakukan FGD dengan Direktur, manajer keperawatan, Manajer rawat Inap, Kepala Ruangan, Penanggung Jawab Shift dan perawat pelaksana. Tujuan dari FGD ini adalah untuk membuat kesepakatan terhadap langkah selanjutnya dalam menerapkan hasil penelitian. Selanjutnya mengenai perencanaan FGD dapat dilihat pada lampiran 18.

4.3 Variabel Penelitian

4.3.1 Metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer

4.3.2 Efektifitas waktu

4.3.3 Efisiensi *cost*

4.3.4 Standar kegiatan pengelolaan perawatan pasien

4.3.5 Standar pembagian tanggung jawab pengelolaan perawatan pasien

4.3.6 Standar *job discription*

4.3.7 Standar format dokumentasi asuhan keperawatan

4.4 Definisi Operasional

1. Metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer adalah sistem pemberian pelayanan keperawatan yang terbagi atas beberapa tim dan dikoordinir oleh seorang perawat primer atau penanggung jawab *shift*. Pembagian jumlah

pasien yang menjadi tanggung jawab masing-masing penanggung jawab *shift* adalah jumlah pasien yang ada dibagi rata. Pembagian ini dilakukan oleh penanggung jawab ruang rawat inap.

2. Efektifitas waktu adalah penghitungan berapa lama waktu (menit) yang dibutuhkan perawat untuk melakukan dokumentasi asuhan keperawatan pada satu pasien baru masuk rumah sakit. Cara pengukurannya adalah perawat menghitung jumlah waktu (menit) yang dibutuhkan selama melakukan pengkajian keperawatan.
3. Efisiensi *cost* adalah penghitungan dari jumlah kertas yang dibutuhkan perawat dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan, mulai dari pasien datang sampai dengan pulang. Cara pengukurannya adalah jumlah lembar kertas yang digunakan perawat dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan, yang mencakup format pengkajian, format diagnosis, format perencanaan, format pelaksanaan dan format evaluasi.
4. Standar kegiatan pengelolaan perawatan pasien adalah standar yang mencakup prosedur kegiatan perawat sehari-hari dalam memberikan asuhan keperawatan.
5. Standar pembagian tanggung jawab pengelolaan perawatan pasien adalah standar yang mencakup dasar pembagian tanggung jawab pemberian asuhan keperawatan pada perawat primer atau ketua tim yang disepakati oleh para perawat di PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya. Misalnya berdasarkan letak ruangan, tingkat kebutuhan pasien atau berdasarkan kualifikasi perawat.
6. Standar *job description* adalah standar yang mencakup *job description* untuk kepala ruang rawat inap, perawat primer atau ketua tim dan perawat pelaksana.

7. Standar format dokumentasi asuhan keperawatan adalah standar format dokumentasi asuhan keperawatan yang terdiri dari format pengkajian, format diagnosis keperawatan, format perencanaan, format pelaksanaan, format evaluasi dan petunjuk teknis penulisan dokumentasi asuhan keperawatan.

4.5 Materi atau Bahan Penelitian :

Materi penelitian ini berupa data sekunder dari bagian Rekam Medik PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya dan data hasil penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer, sesuai dengan standar yang dibuat peneliti. Data tersebut mencakup prosedur pelaksanaan penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer dan penerapan dokumentasi asuhan keperawatan yang dilakukan oleh para perawat pada bulan Mei sampai dengan Juni 2003.

4.6 Instrumen penelitian

Instrumen penelitian berupa *form* hasil observasi penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan yang dilaksanakan pada saat ini di PT. Rumah sakit Pelabuhan dan hasil observasi penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer yang dilakukan pada bulan Mei sampai dengan Juni 2003. Hasil observasi ini kemudian dimasukkan pada tabel untuk membandingkan tingkat efektivitas waktu dalam melaksanakan metoda pemberian pelayanan keperawatan. Instrumen penelitian ini juga mencakup form penulisan dokumentasi asuhan keperawatan yang dilaksanakan pada saat ini di PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya dan penulisan dokumentasi asuhan keperawatan yang dilakukan oleh para perawat pada bulan Mei sampai dengan Juni 2003. Hasil pencatatan dokumentasi asuhan keperawatan tersebut dimasukkan kedalam tabel

perbandingan penggunaan waktu dan penggunaan kertas dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan antara pelaksanaan dokumentasi yang dilaksanakan pada saat ini dan setelah perawat diberi intervensi untuk melaksanakan penerapan metoda pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer.

4.7 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data

Peneliti meneliti dan menganalisa sendiri dengan mengobservasi mengenai penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan pada saat ini dan setelah dilakukan intervensi dalam menerapkan metoda pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer. Peneliti juga meneliti dan menganalisa sendiri mengenai penerapan dokumentasi asuhan keperawatan yang dilakukan para perawat pada saat ini dan setelah dilakukan intervensi dalam menerapkan metoda pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer. Data yang diperoleh dikumpulkan dengan menggunakan tabel tabulasi data, sesuai yang dijelaskan pada bagian instrumen penelitian.

pelayanan keperawatan pada saat ini

4.8 Cara Analisis Data

Data yang diperoleh adalah data tentang prosedur pelaksanaan penerapan metoda pemberian pelayanan keperawatan pada saat ini dan penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan setelah diberi intervensi. Data yang diperoleh juga mencakup hasil penerapan dokumentasi asuhan keperawatan yang dilaksanakan pada saat ini dan penerapan dokumentasi asuhan keperawatan yang dilaksanakan setelah diberikan intervensi penerapan metoda pemberian pelayanan keperawatan tim primer. Data tersebut, kemudian dibandingkan terhadap efektifitas penggunaan waktu dalam

melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan dan efisiensi *cost* dengan menghitung jumlah kertas yang digunakan.

4.9 Lokasi dan Waktu Penelitian.

Penelitian ini dilakukan di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya, selama dua bulan. Rumah ini dipilih karena :

1. Belum pernah dilakukan penelitian sejenis
2. Adanya fasilitas untuk merubah metode pemberian pelayanan keperawatan di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya.





BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN ANALISA

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN ANALISISNYA

5.1 Gambaran Umum PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya

Pada awalnya Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya (RSPS) bernama Port Health Center (PHC). Bermula dari penggabungan beberapa Unit pelayanan Kesehatan Pelabuhan pada tahun 1966 yang melayani pegawai dan keluarga pegawai PT. (Persero) Pelabuhan Indonesia III. Kemudian pada tanggal 19 Pebruari 1970, Menteri Perhubungan Republik Indonesia, Frans Seda meresmikan pengembangan pelayanannya meliputi masyarakat umum.

Dalam perjalanannya nama Port Health Center diubah menjadi Rumah Sakit Pelabuhan Tanjung Perak dan pada tanggal 1 September 1999, serta resmi menjadi anak perusahaan PT. (Persero) Pelabuhan Indonesia III dengan nama Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya (RSPS). Visi dari Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya adalah menjadi rumah sakit yang unggul dalam jasa layanan kesehatan. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya mempunyai misi sebagai berikut :

1. Memberikan pelayanan kesehatan bermutu tinggi melalui penerapan *Good Clinical Governance*.
2. Optimalisasi produksi dan pendapatan yang mampu memuaskan *stakeholder* rumah sakit.
3. Menunjang program Indonesia Sehat tahun 2010.

Jumlah tempat tidur untuk secara keseluruhan adalah 110 tempat tidur. Jenis pelayanan yang diberikan meliputi pelayanan rawat jalan, rawat inap, Intensif Care Unit,

Instalasi Gawat Darurat, ambulan, klinik pertolongan pertama, OK, pelayanan medis umum, penunjang dan pelayanan fisioterapi dan rehabilitasi. Disamping pelayanan kesehatan, PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya juga menyediakan fasilitas umum, diantaranya adalah tempat ibadah, tempat parkir, keamanan, *café* serta ATM.

Berdasarkan kerangka operasional penelitian, penelitian ini terbagi menjadi tiga tahap penelitian yaitu tahap penelitian *pre* intervensi, tahap penelitian intervensi dan tahap penelitian *post* intervensi. Hasil dari seluruh kegiatan penelitian yang telah kami lakukan adalah sebagai berikut :

5.1 Tahap Penelitian Pre Intervensi.

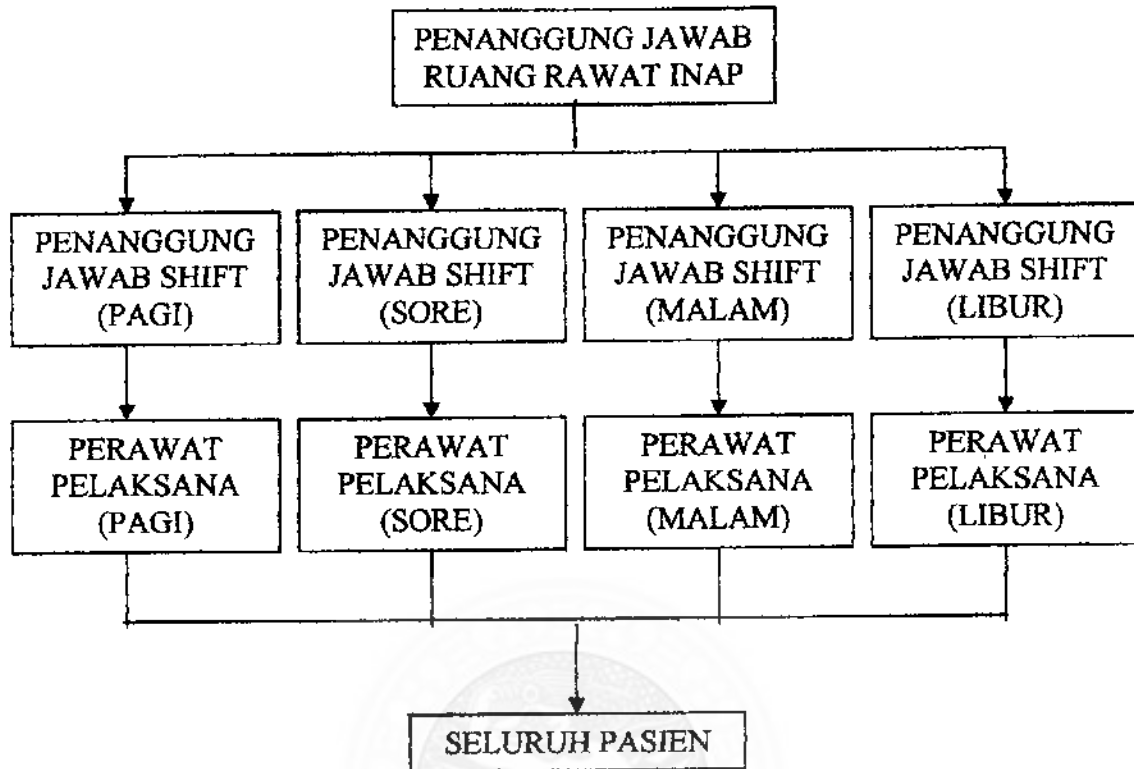
Pada tahap penelitian *pre* ini, terdapat tiga tahap penelitian yang telah kami lakukan. Ketiga tahap penelitian tersebut adalah tahap penelitian 1, tahap penelitian 2 dan tahap penelitian 3. Tahap penelitian 1 bertujuan untuk mengidentifikasi pelaksanaan metode pemberian pelayanan keperawatan yang dilaksanakan pada Instalansi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya pada saat ini atau sebelum dilakukan intervensi. Tahap penelitian 2 bertujuan untuk mendapatkan ukuran efektifitas waktu dan ukuran efisiensi *cost* pada penerapan dokumentasi asuhan keperawatan yang dilaksanakan di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya. Tahap penelitian 3 bertujuan untuk mengidentifikasi beberapa faktor pendukung dalam menerapkan metode *tim-primer* di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya. standar penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan *tim-primer* yang kemungkinan dapat dilaksanakan di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya, berdasarkan modifikasi standar normatif. Kegiatan tahap penelitian *pre* intervensi dilakukan selama empat bulan, yaitu pada bulan Nopember 2002

sampai dengan bulan Pebruari 2003. Hasil dari kegiatan penelitian tersebut adalah sebagai berikut :

5.1.1 Identifikasi penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan dan dokumentasi asuhan keperawatan di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya.

Pada kegiatan ini, peneliti mengidentifikasi jenis metode pemberian pelayanan keperawatan, struktur metode pemberian pelayanan keperawatan, uraian tugas tenaga keperawatan, dan pelaksanaan metode pemberian pelayanan keperawatan. Peneliti juga mengidentifikasi mengenai penerapan dokumentasi asuhan keperawatan yang dilakukan di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya pada saat ini.

Metode pemberian pelayanan keperawatan yang ditetapkan oleh Manajer Keperawatan di ruang rawat inap pada PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya pada saat ini adalah metode pemberian pelayanan keperawatan tim. Struktur organisasi penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan yang diterapkan pada seluruh unit rawat inap I, II, III dan IV, dapat dilihat pada gambar di bawah ini :



Gambar 5.1 : Struktur Organisasi pelaksanaan metode pemberian pelayanan keperawatan di ruang rawat inap pada PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya tahun 2003.

Pada gambar tersebut digambarkan bahwa struktur penerapan metode tim dimulai dari seorang Penanggung Jawab Ruang Rawat Inap membawahi perawat Penanggung Jawab Shift. Penanggung Jawab Ruang Rawat Inap bertanggung jawab langsung kepada Manajer Instalansi Ruang Rawat Inap. Masing-masing unit ruang rawat inap mempunyai satu orang perawat Penanggung Jawab Ruang Rawat Inap.

Penanggung Jawab Shift pada masing-masing unit ruang rawat inap, ada empat perawat. Pembagian dinas Penanggung Jawab Shift adalah dibagi menjadi tiga yaitu pada shift pagi, shift sore dan shift malam, sehingga pada setiap shift ada satu orang perawat Penanggung Jawab Shift dan satu orang perawat Penanggung Jawab Shift libur. Pada

setiap melaksanakan tugas, penanggung Jawab Shift ini membawahi para perawat pelaksana yang bertugas pada shift yang sama dengan Penanggung Jawab Shift tersebut. Penanggung Jawab Shift dan perawat pelaksana memberikan asuhan keperawatan bersama-sama kepada seluruh pasien yang dirawat. Penanggung Jawab Shift bertanggung jawab terhadap seluruh pasien yang dirawat di unit ruang rawat inap pada satu shift, sesuai dengan jadwal dinas Penanggung Jawab Shift. Misalnya pada hari ini, jumlah pasien ada 40 orang, maka Penanggung Jawab Shift harus mengetahui kondisi pasien dan membuat dokumentasinya pada 40 pasien tersebut.

Pada setiap shift, juga terdapat seorang perawat Koordinator Penanggung Jawab Shift untuk seluruh ruang rawat inap, yang ditunjuk dari salah satu perawat Penanggung Jawab Shift yang bertugas pada shift yang sama. Koordinator Penanggung Jawab Shift ini, bertanggung jawab langsung kepada Manajer Instalansi Rawat Inap. Jadwal dinas perawat pelaksana tidak harus menyesuaikan dengan salah satu perawat Penanggung Jawab Shift.

Manajer Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya pada tanggal 19 Agustus 1999 membuat uraian tugas untuk tenaga keperawatan pada Instalansi Ruang Rawat Inap. Uraian tugas tersebut terdiri dari uraian tugas untuk Penanggung Jawab Ruang Rawat Inap, Koordinator Perawat Jaga Shift, Perawat Jaga Shift dan untuk Perawat Pelaksana. Uraian tugas tersebut dapat dijabarkan sebagai berikut :

Tabel 5.1 : Daftar uraian tugas Penanggung Jawab Ruang Rawat Inap, Penanggung Jawab Shift, Koordinator Penanggung Jawab Shift dan Perawat Pelaksana PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya, Agustus 2003

NO	KLASIFIKASI JENJANG	URAIAN UGAS
1.	Penanggung Jawab Ruang Rawat Inap	<ul style="list-style-type: none"> a. Membantu Manajer Instalansi Ruang Rawat Inap, menetapkan ketentuan pelayanan, merencanakan dan mengendalikan kegiatan serta mendistribusikan tenaga keperawatan. b. Bertanggung jawab atas kelancaran pelaksanaan kegiatan pelayanan keperawatan. c. Menerima, menyusun dan melaporkan hasil kegiatan dan pemberian asuhan keperawatan kepada Manajer Instalansi Ruang Rawat Inap. d. Memberi motivasi, bimbingan atau bantuan, menerima masukan atau usulan dari mitra dibawahnya untuk evaluasi demi perbaikan kinerja di lingkungan ruang rawat inap. e. Mengikuti perkembangan bidang keperawatan sesuai dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi. f. Melaksanakan tugas tambahan yang diberikan oleh atasan langsung. g. Membantu program rumah sakit dan kesehatan h. Mengadakan pertemuan berkala dengan semua staf di lingkungannya. i. Membuat jadual dinas.
2.	Koordinator Penanggung Jawab Shift	<ul style="list-style-type: none"> a. Membantu Penggung Jawab Shift untuk menyelesaikan permasalahan di Instalansi Ruang Rawat Inap, baik secara langsung maupun dengan berkoordinasi. b. Mengupayakan pemenuhan kebutuhan tenaga di Instalansi Ruang Rawat Inap pada saat kebutuhan insidental. c. Meminta atau menerima laporan kegiatan ataupun permasalahan dari setiap unit di Instalansi Ruang Rawat Inap. d. Membantu melakukan pengawasan ketertiban dan keamanan di lingkungan Instalansi Ruang Rawat Inap. e. Melaksanakan serah terima tugas, baik lisan maupun tulisan kepada petugas penggantinya.

3.	Penanggung Jawab Shift	<p>f. Menyusun dan melaporkan hasil kegiatan kepada manajer Instalansi Ruang Rawat Inap.</p> <p>a. Membantu Penanggung Jawab Ruangan dalam merencanakan dan mengendalikan kegiatan serta mendistribusikan tenaga keperawatan.</p> <p>b. Bertanggung jawab atas kelancaran pelaksanaan kegiatan atau asuhan keperawatan.</p> <p>c. Menyusun dan melaporkan hasil kegiatan pelayanan keperawatan kepada Penanggung Jawab Ruang Rawat Inap.</p> <p>d. Melaksanakan tugas tambahan yang diberikan oleh atasan langsung.</p> <p>e. Melakukan koordinasi dengan Koordinator Penanggung Jawab Shift dalam upaya menyelesaikan permasalahan yang timbul.</p>
4.	Perawat Pelaksana	<p>a. Melaksanakan asuhan keperawatan dengan melakukan pengkajian, menentukan rencana tindakan dan melaksanakan evaluasi.</p> <p>b. Bersama Penanggung Jawab Shift melaksanakan serah terima pasien pada setiap kali pergantian dinas.</p> <p>c. Menyiapkan segala keperluan untuk melaksanakan tindakan keperawatan.</p> <p>d. Mendampingi dokter pada waktu visite yang menjadi tanggung jawabnya, untuk menilai pasien dan untuk mengetahui serta melaksanakan program pengobatan yang dilakukan oleh dokter.</p> <p>e. Memberikan pertolongan segera kepada pasien dengan kedaruratan.</p> <p>f. Menyiapkan pasien secara fisik dan mental untuk tindakan pengobatan atau pemeriksaan penunjang.</p> <p>g. Membuat catatan perawatan dan laporan perkembangan pasien.</p> <p>h. Merencanakan permintaan menu makanan pasien, sesuai dengan advis dokter.</p> <p>i. Melaksanakan tugas tambahan yang diberikan atasan.</p>

Pada tabel tersebut di atas, diuraikan bahwa tugas dari Penanggung Jawab Ruang Rawat Inap, koordinator Penanggung Jawab Shift dan Penanggung Jawab Shift tidak ada yang berhubungan langsung dengan manajemen asuhan keperawatan. Beberapa tugas yang dilaksanakan adalah mencakup manajemen operasional atau yang berhubungan dengan administrasi ruang rawat inap. Perawat pelaksana dalam memberikan asuhan keperawatan, tidak mendapatkan bimbingan dan supervisi langsung dari Penanggung Jawab Shift atau Penanggung Jawab Ruang Rawat Inap.

Pergantian dinas dalam pemberian pelayanan keperawatan di Instalasi ruang rawat Inap ada tiga pergantian shift, yaitu pagi, sore dan malam. Jumlah perawat yang bertugas pada pagi hari, rata-rata adalah empat sampai dengan lima perawat. Perawat yang berdinas terdiri dari seorang perawat Penanggung Jawab Ruang Rawat Inap, satu orang perawat Penanggung Jawab Shift, dan dua sampai dengan tiga orang perawat pelaksana. Jumlah perawat yang berdinas pada sore dan malam hari, biasanya ada dua sampai dengan tiga orang perawat. Perawat yang berdinas terdiri dari satu orang perawat Penanggung Jawab Shift dan satu sampai dengan dua orang perawat pelaksana.

Pada masing-masing shift terdapat satu orang perawat Penanggung Jawab Shift, yang bertugas sebagai penanggung jawab dalam memberikan asuhan keperawatan untuk seluruh pasien. Tanggung jawab terhadap pasien, hanya terbatas pada waktu Penanggung Jawab Shift bertugas.

Tipe dokumentasi yang diterapkan pada PT. Rumah Sakit Pelabuhan adalah dokumentasi tradisional. Format yang tersedia adalah format pengkajian empat lembar, format diagnosa keperawatan dan perencanaan satu lembar, format pelaksanaan tindakan keperawatan satu lembar dan format evaluasi satu lembar (lihat lampiran 7-15). Format

pengkajian berisi mengenai data pasien yang berhubungan langsung maupun yang tidak berhubungan langsung dengan masalah kesehatan pasien. Format diagnosa keperawatan menjadi satu dengan format perencanaan. Pada kolom diagnosa keperawatan tidak terdapat tanggal terjadinya diagnosa keperawatan dan tidak ada kapan masalah tersebut terselesaikan. Perencanaan tindakan keperawatan yang ditulis pada setiap pasien, meskipun masalahnya sama. Pada format pelaksanaan tindakan keperawatan ditulis tentang seluruh kegiatan perawat, baik kegiatan rutin maupun kegiatan yang berhubungan dengan diagnosa keperawatan yang terjadi pada pasien. Evaluasi keperawatan menggunakan evaluasi perkembangan dengan menuliskan SOAP. Penulisan SOAP dilakukan pada setiap shift (pagi, sore, malam) dan satu diagnosa dituliskan satu SOAP.

Penulisan dokumentasi asuhan keperawatan dilakukan oleh semua perawat untuk seluruh pasien. Tidak ada pembagian tanggung jawab dalam penulisan dokumentasi asuhan keperawatan ini. Para perawat bertugas menulis dokumentasi asuhan keperawatan pada saat melakukan dinas saja.

5.1.2 Mengukur tingkat efektifitas waktu dan tingkat efisiensi *cost* dalam penerapan dokumentasi asuhan keperawatan di Instalansi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya.

Pada kegiatan ini, peneliti mengukur tingkat efektifitas waktu dan tingkat efisiensi *cost* dalam menerapkan dokumentasi asuhan keperawatan. Tingkat efektifitas waktu diukur dengan menghitung jumlah waktu yang dibutuhkan perawat dalam melaksanakan pengkajian keperawatan pada pasien yang baru masuk ruang rawat inap. Format pengkajian yang digunakan adalah format pengkajian yang telah ditetapkan oleh

Manajer Keperawatan PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya. Jumlah format pengkajian berjumlah empat lembar.

Pengukuran efektifitas dilakukan oleh 20 perawat Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya. Hasil pengukuran efektifitas waktu perawat dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan dengan menggunakan format yang ditentukan oleh PT. Rumah Sakit pelabuhan Surabaya pada saat ini adalah sebagai berikut :

Tabel 5.2 : Daftar rata-rata hasil pengukuran efektifitas waktu perawat dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan dengan menggunakan format yang ditentukan oleh PT. Rumah Sakit pelabuhan Surabaya pada saat ini

NO	HASIL PENGUKURAN (MENIT)
1.	15
2.	17
3.	20
4.	15
5.	12
6.	20
7.	15
8.	15
9.	17
10.	15
11.	15
12.	15
13.	17
14.	15
15.	12
16.	15
17.	15
18.	15
19.	16
20.	15
RATA-RATA = 15.5	

Rata-rata waktu yang dibutuhkan perawat dalam melaksanakan pengkajian adalah 15,5 menit. Pengukuran waktu ini dilakukan dengan cara wawancara dan tidak termasuk pengukuran tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik secara total.

Pengukuran tingkat efisiensi *cost* dilakukan dengan menghitung jumlah kertas yang digunakan untuk mendokumentasikan asuhan keperawatan kepada pasien. Penggunaan kertas dihitung masing-masing satu pasien mulai dari pasien masuk rumah sakit sampai dengan pulang. Format yang dihitung mencakup format pengkajian, format diagnosis, format perencanaan, format pelaksanaan, format grafik pengukuran tanda-tanda vital, format pemberian cairan dan format evaluasi.

Dokumentasi asuhan keperawatan yang dihitung adalah kasus yang dilakukan uji coba dengan menggunakan format yang dibuat peneliti. Pada penelitian ini perawat melaksanakan dua format dokumentasi, yaitu format yang ditetapkan Manajer Keperawatan PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya dan yang dibuat oleh peneliti.

Tabel 5.3 : Daftar rata-rata hasil pengukuran efisiensi *cost* perawat dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan dengan menggunakan format yang ditentukan oleh PT. Rumah Sakit pelabuhan Surabaya pada saat ini.

NO	JUMLAH KERTAS YANG DIBUTUHKAN (LEMBAR)
1.	16
2.	14
3.	14
4.	12
5.	14
6.	16
7.	17
8.	12

Dilanjutkan ke halaman 95

Lanjutan dari halaman 94

NO	JUMLAH KERTAS YANG DIBUTUHKAN (LEMBAR)
9.	12
10.	11
11.	12
12.	11
13.	12
14.	15
15.	16
16.	16
17.	11
18.	11
19.	12
20	14
	RATA-RATA 14

Rata-rata penggunaan kertas untuk dokumentasi asuhan keperawatan dengan format yang ditetapkan Manajer Keperawatan PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya adalah 14 lembar. Format dokumentasi terdiri dari format pengkajian 4 lembar, 1 format rencana tindakan keperawatan, 2 format pelaksanaan tindakan keperawatan, 1 lembar format pemberian cairan dan 1 lembar format evaluasi. Pada hari pertama, pasien minimal membutuhkan 9 lembar kertas untuk melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan.

5.1.3 Mengidentifikasi beberapa faktor pendukung dalam menerapkan metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Surabaya.

Pada tahap penelitian tiga ini, peneliti mengidentifikasi beberapa faktor pendukung dalam menerapkan metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer. Beberapa faktor pendukung tersebut meliputi jumlah tenaga keperawatan, latar belakang pendidikan perawat, pengalaman bekerja para perawat, dan jumlah rata-rata pasien. Data mengenai jumlah tenaga keperawatan bertujuan untuk mengetahui apakah jumlah tenaga keperawatan sesuai dengan jumlah tenaga keperawatan yang diperlukan dalam menerapkan metode pemberian pelayanan keperawatan. Latar belakang pendidikan keperawatan diperlukan untuk menentukan klasifikasi tenaga keperawatan, yang mencakup tenaga perawat profesional dan tenaga perawat praprofesional. Klasifikasi tenaga perawat ini akan menentukan jenis penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan. Bidang keperawatan sangat membutuhkan ketrampilan klinik dalam memberikan pelayanan keperawatan. Ketrampilan klinik dapat dicapai dengan lama bekerja karena sering melakukan ketrampilan tersebut. Asumsi yang dapat diterima adalah semakin lama bekerja, maka perawat semakin trampil dalam memberikan tindakan keperawatan. Jumlah pasien yang dirawat dapat menentukan beban kerja perawat. Beban kerja perawat dapat menentukan untuk pemilihan jenis metode pemberian pelayanan keperawatan.

Jumlah tenaga keperawatan di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya, adalah sebagai berikut :

Tabel 5.4 : Perbandingan antara jumlah tenaga keperawatan dan jumlah tempat tidur di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan berdasarkan unit ruang rawat inap pada bulan Agustus, tahun 2003.

NO	UNIT RAWAT INAP	JUMLAH PERAWAT		JUMLAH TEMPAT TIDUR
		AKTIF	CUTI	
1.	Ruang rawat inap I	11	1	13
2.	Ruang rawat inap II	18	-	34
3.	Ruang rawat inap III	18	-	40
4.	Ruang rawat inap IV	7	1	15
J U M L A H		54	2	102

Berdasarkan tabel tersebut diatas, maka rata-rata perbandingan jumlah perawat dengan pasien adalah 1 perawat : 7-8 pasien. Penghitungan tersebut sudah termasuk perawat yang libur atau cuti dan sudah dibagi menjadi tiga *shift*.

Jumlah tenaga keperawatan berdasarkan latar belakang pendidikan di bidang keperawatan di Instalansi Ruang Rawat Inap adalah sebagai berikut :

Tabel 5.5 : Perbandingan antara latar belakang pendidikan perawat dan jumlah tenaga keperawatan di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan berdasarkan unit ruang rawat inap pada bulan Agustus, tahun 2003.

NO	UNIT RAWAT INAP	JENJANG PENDIDIKAN			JUMLAH PERAWAT
		SPK	D III	SI	
1.	Ruang rawat inap I	-	12	-	12
2.	Ruang rawat inap II	-	18	-	18
3.	Ruang rawat inap III	4	14	-	18
4.	Ruang rawat inap IV	-	8	-	8
J U M L A H		4	52	-	56

Jenjang pendidikan tenaga keperawatan terbanyak di Instalansi Ruang rawat Inap adalah pendidikan DIII Keperawatan, yaitu 91,2 % dari jumlah tenaga keperawatan yang ada. Terdapat empat orang yang masih mempunyai latar belakang pendidikan D I

Kebidanan. PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya mempunyai program untuk mengembangkan pendidikan para perawat untuk ke jenjang pendidikan yang lebih tinggi. Pada saat ini terdapat satu orang perawat (Manajer Keperawatan) yang sedang tugas belajar di program pendidikan sarjana keperawatan.

Jumlah tenaga keperawatan berdasarkan pengalaman bekerja perawat di Instalasi Ruang Rawat Inap adalah sebagai berikut :

Tabel 5.6 : Perbandingan antara pengalaman bekerja perawat dan jumlah tenaga keperawatan di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan berdasarkan unit ruang rawat inap pada bulan Agustus, tahun 2003.

NO	UNIT RAWAT INAP	LAMA PENGALAMAN BEKERJA				JUMLAH PERAWAT
		1-3 TH	4-6 TH	7-9 TH	>10 TH	
1.	Ruang rawat inap I	11	1	-	-	12
2.	Ruang rawat inap II	7	9	1	1	18
3.	Ruang rawat inap III	6	11	-	1	18
4.	Ruang rawat inap IV	4	4	-	-	8
J U M L A H		28	25	1	2	56

Sebagian besar tenaga keperawatan di Instalansi Ruang rawat Inap adalah tenaga keperawatan yang masih muda, yaitu 50% adalah tenaga perawat dengan pengalaman kerja 1-3 tahun dan 44,6% dengan pengalaman kerja 4-6 tahun. Sebagian kecil tenaga perawat yang mempunyai pengalaman kerja di atas 7 tahun, yaitu 1,8% dengan pengalaman kerja 7-9 tahun dan 3,6% dengan pengalaman kerja diatas 10 tahun. Tenaga lain yang membantu perawat dalam memberi pelayanan kepada pasien adalah tenaga *helper, clinning service, house keeping*.

Jumlah rata-rata pasien yang rawat inap adalah bervariasi untuk masing-masing unit rawat inap. Jumlah rata-rata pasien dan jumlah pasien pada masing-masing unit rawat inap dapat dilihat pada table di bawah ini :

Tabel 5. 7 : Jumlah rata-rata pasien dan jumlah total perawat pada masing-masing unit rawat inap PT. Rumah Sakit pelabuhan Surabaya pada bulan Agustus 2003.

NO	UNIT RAWAT INAP	RATA-RATA PASIEN PER HARI	JUMLAH TOTAL PERAWAT
1.	Ruang Rawat Inap I	9	12
2.	Ruang Rawat Inap II	18	18
3.	Ruang Rawat Inap III	20	18
4.	Ruang Rawat Inap IV	7	8
		54	56

Pada table tersebut di atas, perbandingan antara tenaga perawat dan pasien adalah 1 tenaga perawat : 7-8 pasien. Penghitungan tersebut sudah dikurangi dengan perawat yang libur atau cuti dan sudah dibagi menjadi tiga *shift*.

5.2 Tahap penelitian intervensi

Pada tahap penelitian intervensi ada tiga tahap penelitian, yaitu tahap penelitian 4, tahap penelitian 5 dan tahap penelitian 6. Tujuan dari tahap penelitian 4 adalah membuat beberapa standar penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer yang kemungkinan dapat dilaksanakan di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya, berdasarkan modifikasi standar normatif. Tujuan dari tahap penelitian 5 adalah menerapkan metoda pemberian pelayanan keperawatan tim-primer pada Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya. Tujuan dari tahap penelitian 6 adalah menyempurnakan standar yang telah dibuat dengan

menyesuaikan terhadap adanya beberapa modifikasi pada penerapan metoda pemberian pelayanan keperawatan tim-primer di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya. Pelaksanaan tahap penelitian intervensi ini dilakukan selama empat bulan, yaitu pada bulan Maret 2003 peneliti membuat beberapa standar penerapan. Tahap penelitian 5 dan 6 dilaksanakan mulai tanggal 19 April 2003 sampai dengan 19 Juli 2003. Pada tahap penelitian 5, kami memberikan pelatihan kepada para perawat di Instalasi Ruang Rawat Inap. Seluruh kegiatan pelatihan tercantum pada lampiran 16. Hasil dari seluruh tahap penelitian intervensi adalah sebagai berikut :

5.2.1 Membuat beberapa standar yang diperlukan untuk menerapkan metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya.

Pada kegiatan empat ini, peneliti membuat beberapa standar yang diperlukan untuk menerapkan metode pemberian pelayanan keperawatan. Beberapa standar tersebut adalah standar pengelolaan pasien, standar *job discription* dan standar format dokumentasi asuhan keperawatan. Hasil dari kegiatan empat ini adalah sebagai berikut :

1. Standar pengelolaan pasien

Dalam pemberian pelayanan kepada pasien, pelaksanaan pengelolaan pasien yang harus dilakukan adalah sebagai berikut :

- 1). Pada saat pasien baru datang ke ruang rawat inap, perawat primer atau ketua tim akan menerima dan melakukan kontrak awal dengan pasien dan keluarga bersama perawat pelaksana yang pada saat itu berdinas. Kemudian mengorientasikan ruang rawat dan menjelaskan mengenai peraturan jika dilakukan rawat inap yang perlu diketahui oleh pasien dan keluarganya.

- 2). Perawat primer melakukan pengkajian lengkap terhadap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, kemudian membuat perencanaan keperawatan dengan menganalisa dan memodifikasi standar rencana perawatan yang ada, jika diperlukan. Rencana perawatan yang telah dibuat, kemudian dikomunikasikan kepada perawat pelaksana untuk dilaksanakan.
- 3). Apabila perawat pelaksana menerima pasien baru pada saat berdinass sedangkan perawat primer tidak sedang berdinass, maka perawat pelaksana harus membuat pengkajian, membuat diagnosis keperawatan dan melaksanakan tindakan keperawatan serta membuat evaluasi. Tetapi tanggung jawab terhadap pembuatan dokumentasi asuhan keperawatan tetap ada pada Penanggung Jawab Shift. Hal ini dilakukan untuk karena sesuai dengan tanggung jawab masing-masing perawat dan pemberian asuhan keperawatan tetap harus dilakukan. Jika mengalami kesulitan, perawat pelaksana harus berkonsultasi kepada perawat Penanggung Jawab Shift atau perawat primer lain yang bertugas pada saat itu.
- 4). Setiap hari perawat Penanggung Jawab Shift, harus memonitor dan mengevaluasi perkembangan status kesehatan pasien dan dapat digunakan sebagai dasar untuk pembuat rencana tindakan keperawatan.
- 5). Pada awal dinas, perawat Penanggung Jawab Shift melakukan timbang terima dengan perawat pelaksana yang melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien yang menjadi tanggung jawabnya.
- 6). Jika perawat primer libur atau cuti, maka ada perawat primer lain yang menggantikan untuk membuat rencana tindakan keperawatan pada pasien yang menjadi tanggung jawabnya. Apabila perawat primer tersebut berdinass kembali,

maka tanggung jawab pasien diambil alih kembali.

2. Standar *job discription*

Para perawat yang terlibat langsung dalam pemberian pelayanan kepada pasien meliputi Kepala Ruang Rawat Inap, Perawat primer atau ketua tim dan perawat pelaksana. Uraian tugas dari masing-masing perawat adalah sebagai berikut :

1). Kepala Ruangan

1. Kriteria

Seorang perawat lulusan DIII Keperawatan dengan pengalaman klinik minimal 7 tahun, serta pernah mengikuti pelatihan mengenai manajemen pelayanan keperawatan.

2. Uraian tugas

- 1). Menunjuk perawat primer yang bertugas pada kelompok tim masing-masing.
- 2). Mengidentifikasi jumlah perawat yang dibutuhkan.
- 3). Membuat jadual dinas para perawat pada setiap hari.
- 4). Mengatur dan mengendalikan logistik ruangan.
- 5). Mendelegasikan tugas kepada perawat primer, jika kepala ruangan tidak di tempat.
- 6). Memberi pengarahan kepada perawat primer dan perawat pelaksana.
- 7). Mengawasi dan berkomunikasi langsung dengan perawat primer dan perawat pelaksana mengenai mutu pemberian pelayanan keperawatan.

2). Perawat Primer atau Ketua Tim

1. Kriteria

Seorang perawat lulusan D III Keperawatan dengan pengalaman klinik minimal 5 tahun.

2. Uraian tugas

- 1). Perawat primer bertanggung jawab kepada kepala ruangan.

- 2). Perawat primer bertugas memberi asuhan keperawatan kepada klien mulai klien masuk rumah sakit sampai dengan pulang
- 3). Memberikan orientasi pada klien dan keluarganya.
- 4). Mengkaji kondisi kesehatan pasien.
- 5). Membuat diagnosis keperawatan dan rencana keperawatan.
- 6). Mengkomunikasikan rencana tindakan keperawatan kepada perawat pelaksana yang bertugas.
- 7). Mengarahkan dan membimbing perawat pelaksana dalam memberikan tindakan keperawatan.
- 8). Mengevaluasi tindakan dan rencana keperawatan.
- 9). Melaksanakan tindakan keperawatan.
- 10). Mengembangkan perencanaan pulang.

3). Perawat Pelaksana

1. Kriteria

Seorang perawat yang mempunyai latar belakang pendidikan minimal SPK.

2. Uraian tugas

- 1). Melaksanakan tindakan keperawatan yang telah direncanakan oleh perawat primer.
- 2). Mendokumentasikan asuhan keperawatan, dibawah pengawasan perawat primer.
3. Standar format dokumentasi asuhan keperawatan

Format pengkajian dokumentasi keperawatan menggunakan modifikasi model Gordon dengan data fokus, perencanaan menggunakan modifikasi model standar dan *flow sheet* dan evaluasi menggunakan evaluasi tindakan. Bentuk dari format pengkajian,

format daftar diagnosa keperawatan, format perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi ada pada lampiran 1, 2, 3, 4,5,6.

5.2.2 Menerapkan metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer dengan menggunakan format dokumentasi yang telah dibuat oleh peneliti.

Pada kegiatan penelitian ini, dilakukan penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer dengan menggunakan format dokumentasi asuhan keperawatan yang telah dibuat oleh peneliti (standar). Penerapan ini dilakukan untuk seluruh unit ruang rawat inap, yaitu Unit Ruang Rawat Inap I, Unit Ruang Rawat Inap II, Unit Ruang Rawat Inap III dan Unit Ruang Rawat IV.

Pada kegiatan ini diawali dengan peneliti mendesiminasikan mengenai konsep model praktek keperawatan profesional kepada seluruh perawat di PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya. Desiminasi tersebut dilakukan dua kali, agar tidak mengganggu pemberian pelayanan keperawatan.

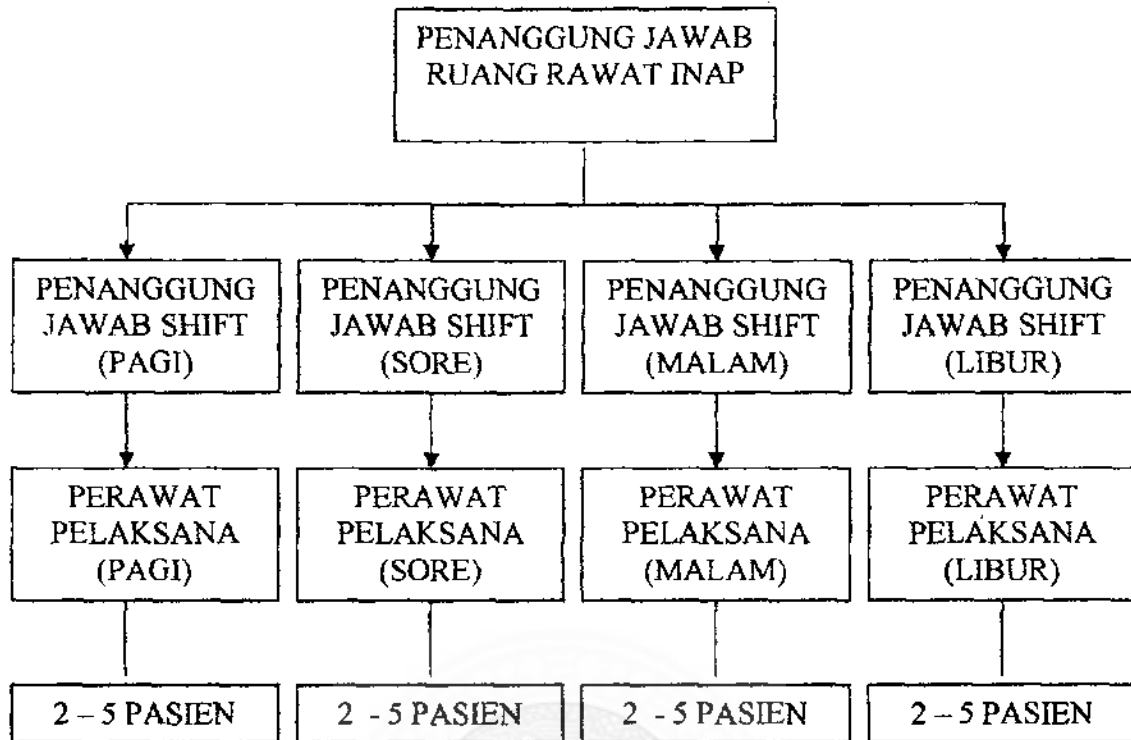
Pemberian pelatihan selanjutnya diikuti oleh para Penanggung Jawab Rawat Inap dan Penanggung Jawab Shif di Instalansi Ruang rawat Inap, sejumlah 20 perawat ditambah dengan Manajer Keperawatan beserta staf (dua orang). Materi pelatihan mencakup konsep strategi penerapan metoda pemberian pelayanan keperawatan tim-primer, dokumentasi asuhan keperawatan dan penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan. Pemberian materi mengenai konsep dilakukan pada setiap hari Sabtu, satu kali dalam seminggu selama 2 jam dan pelaksanaan penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer dan penerapan dokumentasi asuhan keperawatan dilaksanakan setiap hari di unit ruangan masing-masing.

Penerapan pelaksanaan metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer dan dokumentasinya dilaksanakan pada tanggal 19 April 2003 sampai dengan 19 Juli 2003. Pelaksanaan penerapan diawali dengan latihan menerapkan dokumentasi asuhan keperawatan masing-masing satu pasien untuk satu unit ruang rawat inap. Kemudian dilanjutkan dengan masing-masing Penanggung Jawab Shif untuk satu pasien dan akhirnya untuk seluruh pasien baru. Pada waktu melaksanakan pengkajian, para perawat menghitung jumlah waktu yang digunakan untuk melakukan pengkajian. Beberapa format yang digunakan untuk melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan, dihitung jumlahnya dan kemudian peneliti mencari dokumentasi asuhan keperawatan yang sama masalah kesehatan pasiennya dan lama hari perawatannya. Peneliti kemudian membandingkan jumlah kertas yang digunakan antara penerapan format dokumentasi yang ditetapkan oleh Manajer Keperawatan PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya dan format dokumentasi yang dibuat oleh peneliti.

Penetapan struktur organisasi dalam menerapkan metode tim-primer sudah dipersiapkan sebelum penerapan. Hal ini bertujuan agar arah dalam melaksanakan metode pemberian pelayanan keperawatan dapat satu persepsi antar perawat. Struktur organisasi yang dibuat untuk menerapkan metode pemberian pelayanan keperawatan untuk masing-masing unit ruang rawat inap adalah sebagai berikut :

1. Struktur organisasi penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan di Unit

Ruang Rawat Inap I, II, III, IV



Gambar 5.2 : Struktur Organisasi pelaksanaan metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer di Instalasi Ruang Rawat Inap pada PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya tahun 2003.

Pada gambar tersebut satu orang perawat Penanggung Jawab Shift rata-rata bertanggung jawab terhadap dua sampai dengan lima orang pasien mulai pasien masuk rumah sakit sampai dengan pulang. Tugas penanggung jawab shift adalah setiap hari membuat perencanaan dan memberikan tindakan keperawatan untuk dua orang pasien yang menjadi tanggung jawabnya. Disamping itu penanggung jawab shift juga harus memberikan tindakan keperawatan kepada seluruh pasien yang dirawat berdasarkan rencana tindakan keperawatan yang dibuat oleh penanggung jawab shift yang lain.

5.2.3 Membuat beberapa modifikasi dan perbaikan dalam melaksanakan metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer di Instalasi Ruang Rawat Inap PT.Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya.

Pada kegiatan ini dilakukan beberapa modifikasi dan perbaikan dalam melaksanakan metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer. Beberapa usulan untuk modifikasi format ini, kami lakukan pada saat melakukan FGD di PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya. Beberapa modifikasi dan perbaikannya adalah sebagai berikut :

1. Pada format perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi ditambahkan kolom jam.
2. Pada format pemberian cairan diberi keterangan tentang singkatan nama perawat.

5.3 Tahap penelitian *post intervensi*

Pada tahap ini, terdapat dua kegiatan yang dilakukan peneliti, yaitu tahap penelitian 7 dan tahap penelitian 8. Tahap penelitian 7 bertujuan untuk mengukur efektifitas waktu dan efisiensi *cost* terhadap penerapan dokumentasi yang dibuat peneliti dan telah diujicobakan pada Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya. Tujuan dari tahap penelitian 8 adalah menghitung selisih efektifitas waktu dan efisiensi *cost* antara dokumentasi yang ditetapkan PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya dan yang dibuat oleh peneliti. Kegiatan penelitian dilakukan selama satu bulan, yaitu sesudah tanggal 19 Juli 2003 sampai dengan tanggal 16 Agustus 2003. Hasil dari kegiatan penelitian tersebut adalah sebagai berikut :

5.3.1 Mengukur efektifitas waktu perawat dalam melaksanakan pengkajian dan efisiensi *cost* dalam penggunaan kertas untuk menerapkan dokumentasi asuhan keperawatan.

Pada kegiatan ini, peneliti mengukur efektifitas waktu perawat dalam melakukan pengkajian dan efisiensi *cost* dalam penggunaan kertas untuk menerapkan dokumentasi

asuhan keperawatan yang ditetapkan peneliti. Kegiatan ini kami lakukan pada tanggal 2 Agustus 2003 (setelah penerapan 2 minggu) dan 16 Agustus 2003 (setelah penerapan satu bulan).

Hasil dari penghitungan rata-rata efektifitas waktu yang digunakan perawat dalam melaksanakan pengkajian dengan menggunakan format yang dibuat peneliti adalah sebagai berikut :

Tabel 5.8 : Rata-rata hasil penghitungan efektifitas waktu (menit) yang digunakan Perawat dalam melaksanakan pengkajian dengan menggunakan format yang dibuat peneliti, pada bulan Juli sampai dengan Agustus, tahun 2003.

NO	PENERAPAN DUA MINGGU (MENIT)	PENERAPAN SATU BULAN (MENIT)
1.	6	5
2.	7	5
3.	5	5
4.	6	5
5.	6	5
6.	7	5
7.	6	5
8.	6	5
9.	6	5
10.	6	5
11.	6	5
12.	7	5
13.	6	5
14.	6	5
15.	6	5
16.	6	5
	RATA-RATA = 6,12	RATA-RATA = 5

Pada table tersebut di atas, rata-rata waktu yang dibutuhkan perawat dalam melaksanakan pengkajian adalah 6,12 menit setelah uji coba penerapan pengkajian selama dua minggu. Para perawat membutuhkan waktu 5 menit dalam melaksanakan

pengkajian setelah melaksanakan uji coba selama satu bulan. Terdapat selisih 1,12 menit pada penerapan tersebut dalam jangka waktu selisih penerapan dua minggu.

Hasil dari penghitungan rata-rata tingkat efektifitas *cost* yang digunakan perawat dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan dengan menggunakan format yang dibuat peneliti adalah sebagai berikut :

Tabel 5. 9 : Rata-rata hasil penghitungan efisiensi *cost* (lembar) yang digunakan perawat dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan dengan menggunakan format yang dibuat peneliti, pada bulan Juli sampai dengan Agustus, tahun 2003.

NO	PENERAPAN DUA MINGGU (LEMBAR)	PENERAPAN SATU BULAN (LEMBAR)
1.	7	6
2.	6	5
3.	6	5
4.	8	6
5.	6	6
6.	6	5
7.	6	5
8.	6	5
9.	6	6
10.	6	6
11.	6	6
12.	6	5
13.	6	6
14.	6	6
15.	6	6
16.	6	5
	RATA-RATA = 6,1	RATA-RATA = 5,6

Pada table tersebut di atas, rata-rata jumlah kertas yang dibutuhkan perawat dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan adalah 6,1 lembar selama uji coba dua minggu. Rata-rata jumlah kertas yang dibutuhkan perawat dalam melaksanakan

dokumentasi asuhan keperawatan adalah 5,6 lembar selama uji coba satu bulan. Terdapat selisih 0,5 lembar kertas antara penerapan dua minggu dan satu bulan.

5.3.2 Menghitung selisih efektifitas waktu dan efisiensi cost antara penerapan dokumentasi yang ditetapkan oleh Manajer Keperawatan PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya dengan yang ditetapkan oleh peneliti.

Pada kegiatan ini, peneliti menghitung selisih efektifitas waktu dan efisiensi *cost* antara penerapan dokumentasi yang ditetapkan oleh Manajer Keperawatan PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya dengan yang ditetapkan oleh peneliti. Hasil dari kegiatan ini adalah sebagai berikut :

Tabel 5.10: Selisih rata-rata hasil penghitungan efektifitas waktu (menit) yang digunakan perawat dalam melaksanakan pengkajian dengan menggunakan format yang ditetapkan oleh PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya dengan yang dibuat oleh peneliti, pada bulan Agustus, tahun 2003.

NO	FORMAT	FORMAT UJI COBA		SELISIH	
	PT. RS. PELABUHAN	2 MG	1 BLN	2 MG	1 BLN
1.	15,5	6,1 menit	5 menit	9,4 menit	10,5 menit

Pada tabel tersebut di atas, semakin lama para perawat semakin membutuhkan waktu yang lebih sedikit dari sebelumnya. Beberapa hal yang mempengaruhi adalah faktor belajar, semakin lama orang belajar maka akan semakin terampil dalam melaksanakan tugasnya. Selisih waktu antara yang menggunakan format dari PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya dengan menggunakan format yang dibuat peneliti adalah 9,4 menit dan 10,5 menit. Selisih tersebut hanya untuk pengkajian saja, untuk per satu pasien.

Tabel 5. 11: Selisih rata-rata hasil penghitungan tingkat efisiensi *cost* (lembar) yang digunakan perawat dalam melaksanakan pengkajian dengan menggunakan format yang ditetapkan oleh PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya dengan yang dibuat oleh peneliti, pada bulan Agustus, tahun 2003.

NO	FORMAT	FORMAT UJI COBA		SELISIH	
	PT. RS. PELABUHAN	2 MG	1 BLN	2 MG	1 BLN
1.	15	6	5,6	9	9,4

Pada table tersebut di atas, juga terjadi peningkatan selisih terhadap jumlah lembar kertas yang dibutuhkan dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan. Terdapat rata-rata selisih 3 lembar untuk penerapan dua minggu dan selisih 3,4 lembar untuk penerapan satu bulan. Adanya peningkatan selisih ini dapat disebabkan oleh karena berkurangnya perawat melakukan kesalahan dalam melaksanakan tulis menulis.

Pada tahap penelitian ini, peneliti juga melakukan melakukan evaluasi kepada para perawat setelah melakukan uji coba format tersebut. Evaluasi dilakukan dengan cara memberikan angket kepada Penanggung Jawab Ruang Rawat Inap, Penanggung Jawab Shift dan Perawat Pelaksana. Hasil dari evaluasi tersebut dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 5.12 : Persentase hasil angket yang disebarkan untuk Penanggung Jawab Ruang Rawat Inap (PJR), Penanggung Jawab Shift (PJS) dan perawat pelaksana (PP) untuk mengevaluasi penerapan format dokumentasi asuhan keperawatan yang telah diujicobakan, pada PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya, bulan Agustus 3.

NO	ITEM	PERSENTASE (%)		
		PJR	PJS	PP
1.	Bagaimana kelengkapan format yang tersedia pada dokumentasi yang telah diujicobakan ? a. sudah lengkap b. kurang lengkap	100	95 5	95 5
2.	Format dokumentasi mana yang saudara anggap paling mudah pengisiannya ? a. Pengkajian b. Diagnosis c. Perencanaan d. Pelaksanaan e. Evaluasi	80 20	100	95 5
3.	Format dokumentasi mana yang saudara anggap paling sulit pengisiannya ? a. Pengkajian b. Diagnosis c. Perencanaan d. Pelaksanaan e. Evaluasi	100	15 70	95 5
4.	Item-item dari dokumentasi ini, apakah sesuai dengan masalah kesehatan pasien yang saudara berikan asuhan keperawatan ? a. sesuai b. tidak sesuai	100	100	100
5.	Kemudahan apa yang saudara dapatkan dalam menerapkan dokumentasi ini ? a. waktu lebih singkat b. tidak banyak kegiatan tulis menulis c. jelas dalam pembagian tanggung jawab pasien d. dapat mengikuti perkembangan status kesehatan pasien			

	e. Jawaban tersebut di atas betul semua	100	100	100
6.	Kesulitan apa yang saudara dapatkan dalam menerapkan dokumentasi ini ?			
	a. waktu lebih banyak			
3	lebih banyak kegiatan tulis menulis			5
4	tidak jelas dalam pembagian tanggung jawab pasien			
5	tidak dapat mengikuti perkembangan status kesehatan pasien			
6	jawaban tersebut di atas betul semua			
7	jawaban di atas salah semua	100	100	95
7.	Secara umum, apakah model dokumentasi ini dapat diterapkan pada tempat saudara bekerja ?			
	7.7 dapat	100	100	100
	7.8 tidak dapat			

Beberapa alasan yang dikemukakan para perawat dalam penerapan dokumentasi yang telah diujicobakan adalah sebagai berikut :

- 1). Format pengkajian paling mudah pengisiannya, karena format tersebut dapat membantu perawat untuk menyesuaikan antara data dan diagnosa keperawatan yang terjadi pada pasien. Disamping itu data yang ada pada format pengkajian adalah data fokus yang berhubungan langsung dengan masalah kesehatan pasien, sehingga tidak membutuhkan waktu yang lama.
- 2). Pengisian kolom perencanaan adalah paling sulit, karena harus didasarkan pada kajian ilmiah yang sesuai dengan status kesehatan berubah dan setiap shift biasanya selalu berubah. Hal ini disebabkan karena para perawat belum terbiasa melaksanakan model perencanaan seperti ini. Perencanaan yang dilakukan selama ini adalah perawat membuat perencanaan hanya satu kali saja pada saat hari pertama perawatan, sehingga perencanaan ini tidak sesuai dengan tindakan keperawatan yang diberikan

kepada pasien.

Disamping memberikan angket, peneliti juga melakukan FGD yang dihadiri oleh Direktur Utama, manajer Instalansi Ruang Rawat Inap, Manajer Keperawatan, Penanggung Jawab Ruang Rawat Inap, Penanggung Jawab Shift dan perwakilan dari perawat pelaksana. Beberapa saran yang dikemukakan oleh para perawat adalah sebagai berikut :

- 1). Waktu uji coba , harus diperpanjang agar perawat lebih terbiasa dan dapat belajar untuk semua kasus yang ada di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya.
- 2). Pemberian pelatihan harus ditambah untuk seluruh perawat, agar semua mempunyai persepsi yang sama.
- 3). Model pemberian pelayanan keperawatan ini hendaknya secepatnya diterapkan pada PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya.
- 4). Hendaknya ada pendampingan lebih lama terhadap penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer.



BAB 6

PEMBAHASAN

BAB 6

PEMBAHASAN

Berdasarkan beberapa konsep yang mendasari dalam pelaksanaan penelitian ini dan hasil penelitian yang telah kami lakukan, maka kami akan membahas penelitian ini berdasarkan kedua hal tersebut.

6.1 Alasan penetapan metode pemberian pelayanan keperawatan di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah sakit Pelabuhan Surabaya.

Menurut Rowland H and Rowland B, 1997 terdapat beberapa hal yang harus dipertimbangan dalam pengelolaan pemberian pelayanan keperawatan kepada pasien, adalah sebagai berikut :

1. Jumlah beban kerja perawat, yang dihitung dari total aktivitas perawatan langsung dan tak langsung. Beban kerja para perawat di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya adalah 1 perawat dibanding 2-5 pasien dengan tingkat ketergantungan rendah sampai *partial*. Perbandingan tersebut menunjukkan bahwa beban kerja perawat di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya adalah ringan. Hal tersebut dapat dibandingkan dengan pendapat dari Sitorus Ratna, tahun 2000 yang mengemukakan bahwa perbandingan perawat dan pasien adalah 1 perawat : 7-10 pasien.

2. Kualitas beban kerja perawat, yang didapatkan dari kondisi pasien yang khusus.

Sebagian besar tingkat ketergantungan pasien yang dirawat di Instalasi Ruang rawat Inap adalah tingkat ketergantungan ringan dan sedang. Hal tersebut dapat dilihat dari status kesehatan pasien dan diagnosa medik pasien yang dirawat adalah sebagian besar

pada tingkat ringan dan sedang dengan rata-rata hari perawatan adalah 3 hari.

3. Tingkat pengalaman kerja perawat.

Sebagian besar para perawat di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya adalah 3 tahun sampai 6 tahun. Menurut Rowland H and Rowland B, 1997 salah satu faktor yang harus dipertimbangkan dalam mengembangkan metode pemberian pelayanan keperawatan adalah faktor ketrampilan yang dimiliki oleh para perawat. Para perawat akan menguasai ketrampilan dalam memberikan asuhan keperawatan adalah jika secara terus menerus memberikan asuhan keperawatan minimal 3 tahun. Penguasaan ketrampilan ini sangat penting untuk para perawat primer, karena seorang perawat primer harus mampu mengkoordinir seluruh pemberian pelayanan keperawatan pada pasien.

4. Kualifikasi dan kemampuan perawat.

Seluruh perawat di Instalasi Ruang Rawat Inap adalah lulusan D III Keperawatan, sehingga tidak memungkinkan jika diterapkan metode pemberian pelayanan keperawatan primer. Metode pemberian pelayanan keperawatan primer membutuhkan perawat primer dengan latar belakang pendidikan S1 Keperawatan. Menurut Sitorus Ratna, 2000, metode keperawatan primer tidak digunakan secara murni karena sebagai perawat primer harus mempunyai latar belakang pendidikan pada tingkat S1 keperawatan atau setara. Apabila menggunakan metode primer murni, maka dibutuhkan jumlah perawat dengan latar belakang pendidikan S1 keperawatan yang lebih banyak. Hal ini belum mungkin untuk dipenuhi pada saat ini. Melalui kombinasi antara metode tim dan primer, diharapkan dapat terjadi kesinambungan pemberian asuhan keperawatan dan tanggung jawab asuhan keperawatan ada

pada perawat primer. Pada saat ini sebagian besar perawat di rumah sakit adalah dengan latar belakang pendidikan SPK atau yang mempunyai pengalaman kerja yang kurang. Melalui kombinasi antara metode tim dan primer, diharapkan dapat terjadi kesinambungan pemberian asuhan keperawatan dan tanggung jawab asuhan keperawatan ada pada perawat primer. Pada saat ini sebagian besar perawat di rumah sakit adalah dengan latar belakang pendidikan SPK, sehingga mereka akan mendapat bimbingan dari perawat primer atau ketua tim dalam memberi asuhan keperawatan yang berkualitas.

5. Kemampuan fisik perawat.

Sebagian besar perawat yang bekerja di Instalasi Ruang Rawat Inap adalah masih usia muda, sehingga dapat diasumsikan mempunyai kemampuan fisik yang masih prima.

6. Letak geografi unit pelayanan.

Letak geografi unit pelayanan dapat juga berpengaruh terhadap penentuan visi dan misi dari institusi tersebut karena biasanya berhubungan dengan lingkungan customer yang menggunakan fasilitas pelayanan. Visi dari PT. Rumah Sakit Pelabuhan adalah menjadi rumah sakit yang unggul dalam jasa layanan kesehatan. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya mempunyai misi sebagai berikut :

- 1). Memberikan pelayanan kesehatan bermutu tinggi melalui penerapan *Good Clinical Governance*.
- 2). Optimalisasi produksi dan pendapatan yang mampu memuaskan *stakeholder* rumah sakit.
- 3). Menunjang program Indonesia Sehat tahun 2010.

Dalam mencapai visi dan misi tersebut, maka pelayanan keperawatan yang diberikan

harus berkualitas. Menurut Marriner Ann-Tomey, 1992 mengemukakan bahwa metode pemberian pelayanan keperawatan modular dan primer dapat meningkatkan mutu dari pemberian pelayanan keperawatan yang berkualitas.

7. Tersedianya pembantu orang sakit atau petugas kebersihan.

Pada Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya terdapat tenaga lain yang membantu perawat dalam memberi pelayanan kepada pasien adalah tenaga *helper, clinning service, house keeping*.

Berdasarkan beberapa latar belakang tersebut diatas maka di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya sudah mampu jika memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas. Metode pemebraian pelayanan keperawatan primer belum dapat diterapkan, tetapi dapat digunakan metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer.

6.2 Penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan dan dokumentasi asuhan keperawatan yang diterapkan pada Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya pada saat ini.

Berdasarkan struktur organisasi yang tercantum pada Instalansi Ruang Rawat Inap, maka metode pemberian pelayanan keperawatan yang diterapkan adalah gabungan antara metode fungsional dan metode tim. Disebut sebagai metode fungsional karena tidak ada pembagian tanggung jawab pasien tertentu pada masing-masing penanggung jawab shift. Disebut sebagai metode tim karena terdapat empat penanggung jawab shift yang menjadi koordinator dalam pemberian pelayanan keperawatan. Metode yang ditetapkan oleh Manajer Keperawatan PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya adalah metode tim. Hasil pengamatan peneliti mengenai pelaksanaan kegiatan sehari-hari para

perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien adalah tidak ada pembagian tanggung jawab bagi perawat tertentu dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Pembagian tugas dalam memberikan pelayanan keperawatan adalah berdasarkan pembagian kerja, misalnya ada perawat yang bertugas dalam merawat luka, ada perawat yang bertugas dalam memberikan obat-obatan, dan seterusnya. Pada uraian tugas bagi penanggung jawab shift dan perawat pelaksana juga tidak terdapat mengenai tanggung jawab dalam memberikan asuhan keperawatan pasien tertentu. Seluruh pasien yang dirawat merupakan tanggung sama bersama. Metode fungsional adalah suatu metode pemberian pelayanan keperawatan dimana seluruh perawat, baik perawat profesional maupun non profesional, memberikan asuhan keperawatan pada sekelompok besar pasien (Rowland H and Rowland B, 1992).

Pada struktur organisasi penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer satu penanggung jawab shift rata-rata bertanggung jawab terhadap 2 sampai dengan lima pasien. Sedangkan jika menggunakan metode yang ditetapkan PT. Rumah Sakit Pelabuhan Suarabaya, satu penanggung jawab shift bertanggung jawab terhadap seluruh pasien yang dirawat, yaitu rata-rata 9 sampai dengan 20 orang pasien. Berdasarkan uraian tersebut diatas maka jumlah tanggung jawab terhadap pasien pada metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer lebih sedikit dibandingkan dengan menggunakan metode yang ditetapkan oleh PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya.

Penulisan dokumentasi asuhan keperawatan dilakukan oleh seluruh perawat, tanpa adanya pembagian tanggung jawab. Beberapa format yang tersedia memungkinkan perawat untuk menulis lebih dari satu kali (duplikasi). Kesesuaian data antara format satu dengan format yang lain juga tidak sama, sehingga dokumentasi

asuhan keperawatan belum dapat digunakan secara maksimal sebagai informasi mengenai perkembangan status kesehatan pasien. Dokumentasi keperawatan adalah informasi tertulis mengenai status dan perkembangan kondisi kesehatan pasien serta semua kegiatan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat (Fischbach, 1991). Berdasarkan uraian tersebut, maka penerapan dokumentasi asuhan keperawatan belum maksimal dapat digunakan sebagai informasi mengenai perkembangan status kesehatan pasien.

Menurut Spiegel dan Cresencio, 1997 tim adalah bentuk khusus kelompok kerja yang harus diorganisasikan dan dikelola secara berbeda dengan kelompok tim lain. Tim beranggotakan beberapa orang yang dikoordinasikan untuk bekerja bersama yang merupakan satu sisi dari suatu jenis kontes. Bukan suatu kontes yang melawan beberapa tim lain yang ada dalam organisasi bersangkutan, melainkan kontes melawan pemborosan, kualitas kerja dan mutu pelayanan. Berdasarkan konsep tersebut, metode tim yang diterapkan pada Instalansi Ruang rawat Inap belum menunjukkan adanya perbedaan antara tim satu dengan tim yang lain karena tidak ada pembagian tanggung jawab pada pasien tertentu dalam memberikan asuhan keperawatan. Dengan demikian evaluasi kinerja perawat juga akan kesulitan untuk mengukurnya.

Menurut Rowland and Rowland, 1997, struktur organisasi dalam metode pemberian pelayanan keperawatan tim terdapat pembagian pasien yang jelas antara tim satu dengan tim yang lain. Pada pelaksanaan di Instalasi Ruang Rawat Inap, Penanggung Jawab Shift dan perawat pelaksana bertanggung jawab terhadap seluruh pasien yang dirawat.

Berdasarkan uraian tersebut di atas, maka penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan di Instalasi Ruang Rawat Inap belum dapat dikatakan sebagai metode tim. Berdasarkan struktur organisasi yang dikemukakan oleh Ruth I Hanston and Marilyn J Wasburn, 1994, maka penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan di Instalansi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya adalah metode fungsional.

Menurut Kron & Gray, 1987, salah satu tugas perawat pelaksana adalah memberikan tindakan keperawatan berdasarkan rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat oleh ketua tim. Hal ini tidak dilakukan pada penerapan dokumentasi asuhan keperawatan di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya. Penanggung Jawab Shift dan perawat pelaksana semua bertugas mengisi seluruh format yang tersedia, tidak ada pembagian yang jelas. Menurut Le Mone, 1993, penerapan yang diterapkan tersebut menggunakan sistem tradisional yang penerapannya digunakan sebagai proses pembelajaran dokumentasi asuhan keperawatan untuk para mahasiswa keperawatan.

6.2 Mengukur efektifitas waktu dan efisiensi *cost* penerapan dokumentasi asuhan keperawatan di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya.

Berdasarkan hasil penelitian maka efektifitas waktu yang digunakan perawatan dalam melaksanakan pengkajian dengan menggunakan format yang ditetapkan PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya adalah rata-rata 15,5 menit per pasien. Seandainya terdapat tiga pasien baru, maka perawat harus mempunyai waktu 46,5 menit hanya untuk melaksanakan pengkajian. Rata-rata jumlah perawat yang dinas adalah 3-5 perawat dalam satu *shift* dengan jumlah pasien yang dirawat inap rata-rata per hari adalah 20.

Jumlah format dokumentasi asuhan keperawatan yang ditetapkan oleh PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya secara keseluruhan yang harus ditulis oleh perawat minimal ada 14 lembar. Kondisi seperti ini dapat membuat perawat kurang optimal dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan, karena banyak waktu yang digunakan untuk kegiatan tulis menulis.

Berdasarkan hasil penelitian, hasil pengukuran efisiensi *cost* dalam menggunakan jumlah kertas yang digunakan untuk melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan adalah rata-rata 15 lembar. Jika harga kertas satu rim adalah Rp. 25.000, maka satu pasien membutuhkan biaya minimal Rp.750 per pasien.

6.3 Beberapa faktor pendukung di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya dalam melaksanakan metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer.

Jumlah tenaga keperawatan di Instalasi Ruang Rawat Inap adalah 56 perawat, 92,9 % adalah lulusan DIII keperawatan dan 50% mempunyai pengalaman bekerja minimal 3 tahun. Penerapan metode modifikasi tim dan primer didasarkan pada beberapa alasan sebagai berikut (Sitorus Ratna, 2000) :

- 1). Metode keperawatan primer tidak digunakan secara murni karena sebagai perawat primer harus mempunyai latar belakang pendidikan pada tingkat S1 keperawatan atau setara. Apabila menggunakan metoda primer murni, maka dibutuhkan jumlah perawat dengan latar belakang pendidikan S1 keperawatan yang lebih banyak. Hal ini belum mungkin untuk dipenuhi pada saat ini.
- 2). Metode keperawatan tim tidak digunakan secara murni karena pada metode ini tanggung jawab tentang pemberian asuhan keperawatan pada pasien terfragmentasi

pada beberapa tim.

- 3). Melalui kombinasi antara metode tim dan primer, diharapkan dapat terjadi kesinambungan pemberian asuhan keperawatan dan tanggung jawab asuhan keperawatan ada pada perawat primer.

6.4 Standar penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya.

Standar penerapan yang dibuat peneliti berdasarkan modifikasi standar normatif. Modifikasi ini kami dasarkan pada kondisi pasien, sumber daya manusia perawat dan kebijakan yang berlaku pada PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya. Beberapa standar yang kami buata kami cantumkan pada lampiran.

6.5 Uji coba penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit pelabuhan Surabaya.

Uji coba yang yang kami lakukan selama tiga bulan mencakup pemberian pelatihan kepada para perawat dan penerapan langsung pada masing-masing unit ruang rawata inap. Pembagian tanggung jawab pada pasien satu orang penanggung jawab shif adalah rata-rata 2 sampai 5 pasien. Pada penerapan sebelumnya adalah rata-rata 9 sampai 20 pasien.

Model dokumentasi yang diterapkan adalah menggunakan modifikasi model standar, sehingga membutuhkan jumlah format yang lebih sedikit dan data yang didapatkan adalah yang berhubungan langsung dengan status kesehatan pasien.

6.6 Mengukur tingkat efektifitas waktu dan tingkat efisiensi *cost* dalam penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer di Instalasi Ruang rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya.


Hasil pengukuran tingkat efektifitas waktu dan efisiensi cost kami lakukan dua tahap, yaitu pada dua minggu dan satu bulan setelah penerapan. Hasil pengukuran tingkat efektifitas pada dua minggu adalah 6,1 menit dan pada satu bulan adalah 5 menit. Terjadinya penurunan waktu yang digunakan oleh perawat dalam melaksanakan pengkajian dapat disebabkan karena bertambahnya kemampuan perawat dalam melaksanakan pengkajian sehingga lebih lancar.

Hasil pengukuran tingkat efektifitas cost pada dua minggu adalah 6 lembar dan pada satu bulan adalah 5,6 lembar. Hal tersebut disebabkan karena perawat lebih lancar menulis sehingga tulisannya lebih rapi dan kesalahan menulis berkurang.

6.7 Membandingkan hasil pengukuran tingkat efektifitas waktu dan tingkat efisiensi *cost* sebelum dan setelah dilakukan uji coba.

Selisih pengukuran tingkat efektifitas waktu adalah 9,4 menit untuk uji coba dua minggu dan 10,5 menit untuk uji coba selama satu bulan. Konsep efektivitas pada pelayanan kesehatan dapat diartikan sebagai mengukur tingkat keberhasilan suatu program, tindakan, pola dan sistem dalam pelayanan. Efektivitas adalah pencapaian produktivitas pelayanan kesehatan yang optimal, dibandingkan dengan usaha yang minimal (Long Andrew F & Harrison Stephen, 1985). Berdasarkan hal tersebut di atas, maka penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer lebih efektif untuk dilaksanakan pada Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya.

Selisih pengukuran tingkat efisien cost adalah 9 lembar per pasien untuk uji coba selama dua minggu kemudian 9,4 lembar dalam uji coba setelah satu bulan per pasien. Jika jumlah kertas tersebut diuangkan, maka PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya dapat



BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan pembahasan tersebut, maka kami dapat menyimpulkan hasil dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Metode pemberian pelayanan keperawatan yang diterapkan pada Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan adalah metode fungsional-tim. Penerapan metode tersebut sulit untuk mengukur kinerja pada masing-masing perawat, karena tidak ada pembagian tanggungjawab terhadap pemberian asuhan keperawatan pada pasien secara jelas.
2. Dokumentasi asuhan keperawatan yang diterapkan pada Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya adalah model tradisional yang kurang efektif dan kurang efisien.
3. Penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer pada Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya adalah lebih efektif 10,5 menit waktu melaksanakan pengkajian keperawatan dan lebih efisien Rp. 470 per pasien dalam penggunaan kertas dibandingkan dengan metode fungsional.
4. Masih perlu adanya pendampingan, jika metode pemberian pelayanan keperawatan akan diterapkan pada PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya. Hal ini disebabkan oleh penerapan metode tersebut tidak dilakukan oleh semua perawat dan tidak diujicobakan kepada pasien secara keseluruhan.

7.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan tersebut di atas, maka kami memberikan beberapa saran diantaranya adalah sebagai berikut :

1. Metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer dapat diterapkan di Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya dengan cara melaksanakan pelatihan kepada seluruh perawat.
2. Sebelum penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer, harus ada suatu sosialisasi terlebih dahulu kepada seluruh staf untuk mendapatkan beberapa masukan dan komitmen bersama.
3. Diadakan pertemuan dengan antara Manajer Keperawatan, Manajer Instalasi Ruang Rawat Inap dan para penanggung jawab ruang rawat inap untuk membahas mengenai penerapan metode ini lebih lanjut dalam rangka membuat beberapa modifikasi yang dibutuhkan.
4. Persiapan yang harus dilakukan oleh para Manajer Keperawatan dan Manajer Instalasi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya adalah menunjuk beberapa perawat yang akan menjadi perawat primer, selanjutnya sisanya adalah sebagai perawat pelaksana.
5. Persiapan yang harus dilakukan oleh Manajer Unit Rekam Medik adalah menyediakan format dokumentasi yang baru untuk diujicobakan dan kemudian merubah sesuai dengan kesepakatan antara Manajer Keperawatan, Manajer Instalansi Ruang Rawat Inap dan Manajer Unit Rekam Medik.



DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Bonner C and Boyd Barbara. (1997). Managed care : thread or opportunity for home health ?. *Online Journal of Issue in Nursing*.
<http://www.Nursingworld.org/ojin/tpc2/tpc2-5.htm>.
- Brandford V, (1997). *The Total Service Medical Practice*. California : Brandford Company, pp 205-225.
- Brown A – Marie, (1996). Primary Care Nurse Practitioners. *Online Journal of Issue in Nursing*.
<http://www.Nursingworld.org/ojin/tpc2/tpc2-5.htm>.
- Doheny M, Cook Christina and Stopper Conni. (1987). *The Discipline of Nursing an Intriduction*, Second Edition. Sydney : Appleton and Lange, pp 123-128.
- Gillies Dee Ann. (1994). *Nursing Management a System Approach*, Third Edition. Philadelphia : WB. Saunders Company, pp 215-219.
- Gross DL and Andrea June. (1991). Development of a Nursing Process-Based documentation System. *Journal of Emergency Nursing*, Juni 1991, Volume 17, No. 3.
- Harrison JK. (1999). Influence of Managed Care on Professional Nursing Practice. *Journal of Nursing Scholarship*, Second Quarter 1999, Volume 31, Number 2
- Hillier FS and Lieberman Gerald J. (1990). *Introduction To Operations Research*, Fifth Edition. Singapura : McGraw-Hill, Inc, pp 15-23.
- Huntington JA. (1997). Health Care in Chaos : will we ever see rial managed care ?. *Online Journal of Issue in Nursing*.
<http://www.Nursingworld.org/ojin/tpc2/tpc2-7.htm>.
- Hutcherson C and Williamson Susan. (1999). Nursing Regulation for the New Millennium : the mutual recognition model. *Online Journal of Issue in Nursing*.
<http://www.Nursingworld.org/ojin/tpc9/tpc9-2.htm>.
- Long AF and Harisson Stephen. (1985). *Health Services Performance : effectiveness and efficiency*. Sydney : Biddles Ltd, Guildford and King's Lynn, pp 10-57.
- Lyngstad M. (2002). Nursing care documentation and information technology in nursing home. Will structur and content of nursing care documentation change when electronic charting is implemented. *Journal of Universitetet I Bergen*, 12 Maret 2002

- Marriner A -- Tomey. (1992). *Guide to Nursing Management*, Fourth Edition. St. Louis : Mosby Year Book, pp 218-223.
- Mosher C and Bontomasi Rita. (1996). *How to Improve Your Shift Report*. American Journal Nursing. August 1996
- Nevidjon B and Erickson Jeanette Ives. (2001). *The Nursing Shortage : solution for the short and long term*. Online Journal of Issue in Nursing.
[http://www. Nursingworld.org/ojin/tpc4/tpc14-4htm](http://www.Nursingworld.org/ojin/tpc4/tpc14-4htm).
- Rosswurm MA and Lanham Debra M. (1998). *Discharge Planning for Elderly Patients*. Journal of Gerontological Nursing, May 1998, Volume 24, Number 5
- Rowland H and Rowland B. (1997). *Nursing Management*, Second Edition. Philadelphia :WB. Saunders Company, pp 214-228.
- Sochalski J and Patrician Patricia A. (1998). *An Overview of Health Care Spending Pattern in the United States : using national data source to explore trend in nursing services*. Online Journal of Issue in Nursing.
[http://www. Nursingworld.org/ojin/tpc6/tpc6-1htm](http://www.Nursingworld.org/ojin/tpc6/tpc6-1htm).
- Stenske J and Ferguson Rosanne. (1998). *Analisis of Labor and delivery Workload*. Nursing management jornal, volume 27, no. 6.
- Subagyo P, Asri Marwan, Handoko Hani. (2000). *Dasar-dasar operations Research*, Edisi Dua. Yogyakarta : PT. PBF.
- Supriyantini W, Kuntjoro Tjahjono and Prawitasari Johana E. (2002). *The Effectiveness of Chechlist Model to Imprive Nursing Documentation in Surgical Ward*. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Vol. 05/No. 01/2001
- Taylor C, Lillies Carol, Le Mone Priscilla. (1993). *Fundamental of Nursing : the art and science of nursing care*, Second Edition. Philadelphia : JB Lippincott Company, pp. 124-129.

LAMPIRAN

Lampiran 1

PENGKAJIAN KEPERAWATAN
PADA PASIEN DEWASA

Identitas klien
 Nama : Tgl. MRS :
 Umur : Jam :
 Jenis kelamin : L / P Dx. Medik :
 Ruang : Alamat :
 No. Reg. :

DATA	MASALAH
1. Keluhan utama :	
2. Pemeriksaan tanda-tanda vital : S : N : TD : P : GCS :	Peningkatan suhu tubuh Penurunan suhu tubuh Gangguan pola nafas Resiko
3. Pola pernafasan dan sirkulasi : Batuk : Produktif Non produktif Dispnea Ronchi Wheezing Nyeri dada Pucat Sianosis	Bersihan jalan nafas tidak Efektif Gangguan perfusi jaringan Gangguan pertukaran gas Resiko
4. Pola nutrisi dan cairan Jenis diet : BB : TB : Bising usus : Normal Meningkat Menurun Anoreksia Mual Muntah Turgor kulit menurun Edema Rehidrasi Lab./ tindakan :	Kurang nutrisi Kelebihan nutrisi Kurang cairan Kelebihan cairan Resiko
5. Pola aktivitas Bedrest Fraktur Luka Kehumpuhan Dekubitus Nyeri Pemenuhan kebutuhan sehari-hari : Mandiri Bantuan sebagian Bantuan penuh Rentang gerak : penuh terbatas Tindakan :	Gangguan kontinuitas Jaringan Gangguan mobilitas fisik Nyeri Gangguan pemenuhan kebutuhan sehari-hari Resiko
6. Pola eliminasi Frekuensi BAB : Karakteristik faeces : cair lembek keras Frekuensi BAK : Karakteristik urin : jernih keruh endapan merah Tindakan :	Inkontinensia uri / bowel Konstipasi Resiko
7. Pola psikososial : Cemas takut menarik diri	Cemas / takut Isolasi diri
8. Pemahaman terhadap masalah kesehatan :	Kurang pengetahuan
9. Perencanaan pulang	
10. Data lain	

Perawat primer

Surabaya,

Perawat

Lampiran 2

DAFTAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Identitas klien

Nama : **Tgl. MRS** :

Umur : Jam :

Jenis kelamin : L / P Dx. Medik :

Ruang : Alamat :

No. Reg. :

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	HARI, TGL, JAM		NAMA PERAWAT
		DITEMUKAN	TERATASI	

Perawat primer

PERENCANAAN, PELAKSANAAN DAN EVALUASI KEPERAWATAN

NO	TUJUAN	PERENCANAAN	KEJADIAN ISTIMEWA	PELAKSANAAN	EVALUASI	NT.PERAWAT

GRAFIK										No. Rekam Medik														
Nama:										L/P														
Umur										Ruang														
TANGGAL																								
N	S	6	12	18	24	5	12	18	24	6	12	18	24	5	12	18	24	6	12	18	24	5	12	18
180	42																							
160	41																							
140	40																							
120	39																							
100	38																							
80	37																							
60	36																							
40	35																							
Pemasasan																								
Tekanan Darah																								
Suhu																								
Nadi																								
GCS																								
Parenteral																								
Minum																								
Makan																								
Urin																								
Muntah																								
BAB																								
Balance																								
CATATAN																								

Grafik

Lampiran 5

LEMBAR PEMBERIAN CAIRAN

Identitas klien

Nama : Tgl. MRS :

Umur : Jam :

Jenis kelamin : L / P Dx. Medik :

Ruang : Alamat :

No. Reg. :

[illegible]

Lampiran 6

**PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN
FORMAT DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN**

1. Identitas klien

- a. Diisi lengkap sesuai dengan item-item yang ada pada masing-masing lembar format dokumentasi asuhan keperawatan.

2. Pengkajian keperawatan

- a. Terdapat dua kolom, yaitu kolom sebelah kiri adalah data dan kolom sebelah kanan adalah masalah. Antara kolom kiri dan kanan saling berhubungan, yaitu data yang ada pada kolom sebelah kiri adalah data yang mendukung masalah-masalah yang ada pada kolom sebelah kanan.

Perawat harus mengisi tanda titik-titik (...) yang tersedia sesuai dengan hasil yang ditemukan pada pengkajian dan memberi tanda √ pada kotak (□) yang tersedia di sebelah kiri item, jika item tersebut terjadi pada klien.

Keluhan utama

Diisi mengenai satu keluhan pasien yang menyebabkan minta pertolongan atau datang ke rumah sakit, yang disesuaikan dengan diagnosis medik klien dan dapat dijadikan sebagai data yang mendukung masalah keperawatan.

Pemeriksaan tanda-tanda vital

S : Suhu

N : nadi

TD : Tekanan darah

P : Pernafasan

GCS : Glasgow Coma Scale**Pola pernafasan dan sirkulasi**

- 1). Batuk produktif : batuk disertai dengan pengeluaran dahak
- 2). Batuk non produktif : batuk yang tidak disertai dengan pengeluaran dahak
- 3). Dispnea : Sesak nafas

Pola nutrisi dan cairan

- 1). Jenis diet : TKTP, TKGR, DM I, DM II, TK, dan lain-lain
- 2). Lab/tindakan : diisi tentang hasil pemeriksaan laboratorium yang berhubungan dengan pola nutrisi dan cairan, misalnya : elektrolit. Tindakan diisi dengan terpasang sonde, dan lain-lain.
- 3). Lain-lain sudah jelas.

Pola aktivitas.

Sudah jelas

Pola eliminasi

Sudah jelas

Pola psikososial

Sudah jelas

Pemahaman terhadap masalah kesehatan

Diisi mengenai pemahaman pasien atau keluarga terhadap masalah-masalah kesehatan yang pada saat ini dihadapi oleh pasien.

Perencanaan pulang

Diisi mengenai kegiatan perawatan pasien yang harus dilakukan setelah pasien pulang dari rumah sakit.

Data lain-lain

Diisi mengenai data-data yang berhubungan dengan masalah kesehatan pasien, selain data yang ada pada item-item yang tersedia.

3. Daftar diagnosis keperawatan

- a. Kolom yang tersedia berisi mengenai nomor, diagnosis keperawatan, hari, tanggal dan waktu ditemukan dan teratasi serta nama terang perawat.
- b. Kolom nomor, diisi mengenai nomor urut diagnosa keperawatan.
- c. Kolom diagnosis keperawatan, diisi mengenai diagnosa keperawatan yang terjadi pada pasien. Diagnosa keperawatan yang ditulis harus sesuai dengan data yang ada pada pengkajian dalam kolom masalah.
- d. Kolom hari, tanggal, jam ditemukan, ditulis mengenai hari, tanggal dan jam diagnosis keperawatan terjadi pada pasien.
- e. Kolom hari, tanggal, jam teratasi, ditulis mengenai hari, tanggal dan jam diagnosis keperawatan yang terjadi pada pasien sudah dapat diatasi atau masalahnya selesai. Dasar penentuan apakah masalah tersebut sudah selesai atau belum adalah pada evaluasi.
- f. Kolom nama terang perawat, diisi mengenai nama perawat yang menemukan diagnosis keperawatan, baik itu perawat primer atau perawat pelaksana.

4. Rencana, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

- a. Pada format ini terdiri dari kolom nomor diagnosis, tujuan, rencana tindakan, kejadian istimewa, pelaksanaan, evaluasi dan nama terang perawat.
- b. Pada kolom nomor diagnosis diisi mengenai nomor diagnosis keperawatan sesuai pemberian nomor pada lembar diagnosis keperawatan.

- c. Pada kolom tujuan diisi mengenai tujuan akhir dari pemberian asuhan keperawatan dan waktu yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan tersebut.
- d. Pada kolom perencanaan diisi tentang rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien untuk setiap *shif*. Dasar pembuatan perencanaan adalah sesuai dengan diagnosis keperawatan yang dialami pasien saat ini, program dokter dan program lain yang berhubungan dengan status kesehatan pasien. Perencanaan ini dibuat selama 24 jam oleh perawat primer yang bertanggung jawab terhadap pemberian asuhan keperawatan pada pasien tersebut.
- e. Pada kolom kejadian istimewa, diisi mengenai kejadian-kejadian yang berhubungan dengan status kesehatan pasien, diluar rencana yang sudah dibuat oleh perawat primer.
- f. Pada kolom pelaksanaan, diisi mengenai tindakan keperawatan yang diberikan pada pasien. Dasar pemberian tindakan keperawatan pada pasien adalah pada perencanaan yang telah dibuat dan adanya kejadian istimewa yang terjadi pada pasien. Apabila tersedia format khusus untuk suatu tindakan, maka tindakan tersebut ditulis pada kolom pelaksanaan, tetapi hanya pada format yang sudah disiapkan. Misalnya pada pengukuran tanda-tanda vital, hasilnya tidak ditulis pada kolom pelaksanaan, tetapi cukup ditulis pada lembar grafik pengukuran tanda-tanda vital. Hal ini ditujukan untuk menghindari adanya duplikasi penulisan yang kurang bermakna.
- g. Pada kolom evaluasi, diisi mengenai evaluasi tindakan yang telah diberikan kepada pasien.

- h. Nama terang perawat, diisi nama terang perawat yang telah memberikan tindakan keperawatan pada pasien.



ASUHAN KEPERAWATAN PENDERITA DEWASA

No. Rekam Medik

--	--	--	--

Pengkajian : tanggal jam

I. IDENTITAS

Nama :
 Umur :
 Jenis kelamin :
 Suku / bangsa :
 Pekerjaan :
 Pendidikan :
 Alamat :

Tgl MRS : Jam :
 Dx MRS :
 Ruang/Kamar :

Keluhan utama / saat ini :

Keluhan sebelumnya :

Upaya yang telah dilakukan :

II. RIWAYAT PENYAKIT YANG PERNAH DIDERITA

Riwayat penyakit dahulu :

Pernah dirawat :

☐ ya ☐ tidak

Kapan :
 Dimana :
 Sakit apa :
 Jenis obat :
 Berapa lama :

Pernah dioperasi :

☐ ya ☐ tidak

Kapan :
 Dimana :
 Operasi apa :

Riwayat alergi : ☐ ada ☐ tidak ada

Sebutkan :

Keluarga Berencana :

☐ Ya ☐ Tidak
☐ IUD ☐ Suntik
☐ MOW ☐ Susuk
☐ MOP ☐ Kondom
☐ Pil ☐ Lain-lain

Sebutkan :

Cycus haid :

Haid terakhir :

Alat bantu yang dipakai :

Gigi palsu : ☐ ya ☐ tidak

Kaca mata : ☐ ya ☐ tidak

Pendengaran : ☐ ya ☐ tidak

Lain-lain sebutkan :

DATA

MASALAH / OX

III. PEMERIKSAAN FISIK DAN PENGUKURAN

1. Kesadaran :

☐ compos mentis ☐ apatis ☐ somnolent
☐ sopor ☐ koma ☐

Skala koma glasgow :

E : V : M :

Total nilai :

2. Tanda vital :

S : C : N : /mt T : mmHG

☐ axilla ☐ teratur ☐ lengan kiri
☐ rectal ☐ tidak teratur ☐ lengan kanan
☐ kuat ☐ berbaring
☐ lemah ☐ duduk

☐ potensial terjadinya penurunan kesadaran

☐ gangguan penurunan kesadaran

☐ penurunan cardiac output

☐ peningkatan suhu

ASUHAN KEPERAWATAN PENDERITA DEWASA

No. Rekam Medik

--	--	--	--	--	--

1. Respirasi : RR : x/menit

- | | | |
|---|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nyeri | <input type="checkbox"/> dyspnea | <input type="checkbox"/> orthopnea |
| <input type="checkbox"/> cyanosis | <input type="checkbox"/> batuk darah | <input type="checkbox"/> koma |
| <input type="checkbox"/> retraksi dada | <input type="checkbox"/> sputum | <input type="checkbox"/> tracheostomi |
| <input type="checkbox"/> tidak ada kelainan | | |

Suara tambahan :

- | | | |
|------------|-----------------------------|--------------------------------|
| wheezing : | <input type="checkbox"/> ya | <input type="checkbox"/> tidak |
| ronchi : | <input type="checkbox"/> ya | <input type="checkbox"/> tidak |

Bentuk dada :

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> simetris | <input type="checkbox"/> tidak simetris |
|-----------------------------------|---|

4. Sirkulasi :

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> nyeri dada | <input type="checkbox"/> pusing | <input type="checkbox"/> sakit kepala |
| <input type="checkbox"/> kram kaki | <input type="checkbox"/> palpitasi | <input type="checkbox"/> clubbing finger |

Edema :

- | | | |
|-----------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> palpebra | <input type="checkbox"/> ekstremitas atas | <input type="checkbox"/> ascites |
| <input type="checkbox"/> anasarka | <input type="checkbox"/> ekstremitas bawah | <input type="checkbox"/> tidak ada |

5. Keadaan Fisik :

- | | | |
|---------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| Mata : cowong | <input type="checkbox"/> ya | <input type="checkbox"/> tidak |
| Sklera : | <input type="checkbox"/> putih | <input type="checkbox"/> merah |
| | <input type="checkbox"/> icterus | <input type="checkbox"/> perdarahan |
| Conjungtiva | <input type="checkbox"/> pucat | <input type="checkbox"/> meah muda |
| Pupil : | <input type="checkbox"/> isokor | <input type="checkbox"/> an isokor |
| | <input type="checkbox"/> miosis | <input type="checkbox"/> midriasis |

Kebersihan rongga mulut :

- Selaput lendir mulut :

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> lembab | <input type="checkbox"/> merah | <input type="checkbox"/> stomatitis |
|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|

- Lidah :

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> hiperemik | <input type="checkbox"/> kotor | <input type="checkbox"/> tidak ada kelainan |
|------------------------------------|--------------------------------|---|

Kebersihan gigi :

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> kotor | <input type="checkbox"/> bersih |
|--------------------------------|---------------------------------|

☐ lain-lain :

Leher :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> tidak kelainan | <input type="checkbox"/> pembesaran kelenjar tyroid |
| <input type="checkbox"/> kaku kuduk | <input type="checkbox"/> pembesaran vena jugularis |

Mammae :

- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> nyeri tekan | <input type="checkbox"/> benjolan | <input type="checkbox"/> tidak ada kelainan |
|--------------------------------------|-----------------------------------|---|

Lain-lain : Lokasi :

Ekstremitas :

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| Atas : <input type="checkbox"/> parese | <input type="checkbox"/> perlukaan | <input type="checkbox"/> peradangan |
| <input type="checkbox"/> paralise | <input type="checkbox"/> patah tulang | <input type="checkbox"/> tidak ada kelainan |

Lokasi :

- | | | |
|---|---------------------------------------|---|
| Bawah : <input type="checkbox"/> parese | <input type="checkbox"/> perlukaan | <input type="checkbox"/> peradangan |
| <input type="checkbox"/> paralise | <input type="checkbox"/> patah tulang | <input type="checkbox"/> tidak ada kelainan |

Lokasi :

Kulit :

Warna kulit :

- | | | |
|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> ikterik | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> hangat/normal |
| <input type="checkbox"/> cyanotik | <input type="checkbox"/> bintik-bintik merah | <input type="checkbox"/> panas |
| <input type="checkbox"/> pucat | <input type="checkbox"/> decubitus | <input type="checkbox"/> dingin |
| <input type="checkbox"/> kemerahan | | |

☐ lain-lain :

Turgor turun ☐ ya ☐ tidak

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> gangguan pertukaran gas |
| <input type="checkbox"/> pola pemapasan tidak efektif |
| <input type="checkbox"/> pembebasan jalan napas tidak efektif |

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> gangguan pemenuhan oksigen |
|---|

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> perubahan perfusi jaringan |
|---|

- | |
|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nyeri |
|--------------------------------|

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> kelebihan volume cairan |
|--|

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> potensial penularan penyakit |
|---|

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> gangguan integritas jaringan |
|---|

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> keterbatasan merawat diri |
|--|

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> gangguan mobilitas fisik |
|---|

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> gangguan keseimbangan cairan tubuh kurang |
|--|

ASUHAN KEPERAWATAN PENDERITA DEWASA

No. Rekam Medik

--	--	--	--

IV. MAKAN DAN MINUM

1. TB : cm
BB saat ini : kg
2. Kebiasaan makan :
Frekuensi : x/hari, jenis makanan di rumah :
Jajan di luar : ☐ ya ☐ tidak ☐ kadang-kadang
3. Diet khusus :
☐ tidak ada
☐ ya ☐ cair ☐ saring ☐ lunak
☐ rendah garam ☐ rendah lemak ☐ rendah purin
☐ diabet kalori
- Pantangan / alergi makanan :
☐ ya ☐ tidak ada
Sebutkan :
4. Nafsu makan :
☐ baik ☐ kurang
5. Minum :
Jumlah : cc / 24 jam
Jenis :
6. Keluhan / masalah pencernaan :
☐ mual ☐ muntah ☐ tidak ada kelainan
☐ sakit mulut ☐ kesukaran menelan
☐ lain-lain :

V. ELEMENASI

1. Abdomen
☐ normal ☐ nyeri tekan :
☐ tegang ☐ benjolan :
☐ kembung
☐ lain-lain :
☐ <5x/mt ☐ 5 - 3 x/mt ☐ > 30 menit
Pembesaran hepar : ☐ ya ☐ tidak
Ascites : ☐ ya ☐ tidak
2. Masalah kandung kemih : ☐
☐ tidak ada ☐ menetes ☐ incontinen
☐ oliguri ☐ nyeri ☐ retensi
☐ poliuri ☐ panas ☐ hematuri
☐ dysuri ☐ sering ☐ nocturia
☐ kateter ☐ cystostomi
☐ lain-lain :
3. Masalah usus besar / rectum :
☐ tidak ada ☐ diare ☐ konstipasi
☐ faeces berdarah ☐ tidak terasa ☐ kesulitan
☐ colostomi ☐ wasir ☐ Lain2 sebutkan :
Frekuensi : /hari
Obat pencakar : ☐ ya ☐ tidak

- ☐ perubahan pola nutrisi
- ☐ gangguan nutrisi
- ☐ perubahan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh
- ☐ perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

☐ kurangnya pengetahuan☐ gangguan menelan☐ nyeri

☐ retensi urine

☐ perubahan pola eliminasi urine

☐ potensial terjadinya

☐ gangguan integritas kulit

☐ diare

☐ konstipasi

☐ Incontinensia alvi

☐ perubahan pola eliminasi buang air besar

VI. TIDUR DAN ISTIRAHAT

- Kebiasaan di rumah sakit : jam
Lama tidur : jam
Istirahat siang : ☐ ya jam ☐ tidak
Lain-lain :

☐ gangguan pola tidur

☐ kebutuhan tidur kurang

☐ kurangnya pengetahuan

Asuhan Keperawatan Penderita Dewasa

ASUHAN KEPERAWATAN PENDERITA DEWASA

No. Rekam Medik

--	--	--	--	--	--	--	--

VIII. KEBERSIHAN DIRI

1. Mandi : /hari
2. Ganti pakaian : /hari
3. Sikat gigi : /hari
4. Mencuci rambut : /hari
5. Memotong kuku : /hari

IX. PSIKOSOSIAL SPIRITUAL

1. Berkomunikasi :

Bahasa sehari-hari

- ☐ Indonesia ☐ Daerah
☐ lain-lain :

Berbicara :

- ☐ normal ☐ gagap ☐ parau
☐ tdk dpt menyampaikan ☐ dengan isyarat ☐ aphasia

Hubungan dengan keluarga :

- ☐ akrab ☐ biasa ☐ terganggu

Hubungan dengan teman :

- ☐ akrab ☐ biasa ☐ terganggu

Ekspresi afek dan emosi :

- ☐ senang ☐ sedih ☐ marah
☐ takut ☐ mudah tersinggung ☐ gelisah
☐ stabil

Hubungan suami istri :

- ☐ baik ☐ tidak baik
☐ lain-lain :

2. Menjalankan ibadah :

- ☐ ya ☐ tidak

Persepsi tentang kematian :

- ☐ takut ☐ menerima

X. PENGETAHUAN DAN MINAT TERHADAP KESEHATAN

1. Penyakit yang diderita :

- ☐ tahu ☐ tidak tahu

2. Tindakan pengobatan yang dilakukan :

- ☐ tahu ☐ tidak tahu

3. Diet :

- ☐ tahu ☐ tidak tahu

4. Perubahan aktifitas sehari-hari karena sakitnya

- ☐ tahu ☐ tidak tahu

XI. KEBIASAAN WAKTU LUANG

1. Merokok : ☐ ya ☐ tidak

2. Olah raga : ☐ ya ☐ tidak

XII. DATA PENUNJANG

.....

.....

.....

- ☐ keterbatasan merawat diri

- ☐ kebersihan kulit kurang

- ☐ gangguan integritas jaringan

- ☐ gangguan komunikasi verbal

- ☐ gangguan interaksi sosial

- ☐ kecemasan

- ☐ ketakutan

- ☐ gangguan harga diri

- ☐ gangguan pemeliharaan dan

- ☐ pengelolaan rumah tangga

- ☐ kurang pengetahuan

- ☐ tidak ada harapan

- ☐ perilaku mencari kesehatan

- ☐ kurangnya pengetahuan

- ☐ perubahan pengelolaan kesehatan

Tanda tangan perawat/bidan

(.....)

nama terang

Rencana Keperawatan

[illegible]

GRAFIK										No. Rekam Medik											
Nama :					LP					Umur					Ruang						
TANGGAL																					
N	S	6	12	18	24	6	12	18	24	6	12	18	24	6	12	18	24	6	12	18	24
180	42																				
160	41																				
140	40																				
120	39																				
100	38																				
80	37																				
60	36																				
40	35																				
Pemafasan																					
Tekanan Darah																					
Keluar C Masuk	Per oral																				
	Perenteral																				
	Kemih																				
	Muntah																				
Defekasi																					
Berkemih																					
CATATAN																					

Grafik

Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya

PEMBERIAN CAIRAN					No. Reg. :							
					No. RM. :							
					Nama :							
					Ruang : Umur : L/P							
Skema Pemberian Cairan :												
Jam	Cairan	Tts/Mnt	Jml	Urine	Perdrh	Drain	MS	S/N	RR	TD	Keterangan	
07.00												
08.00												
09.00												
BLC												
10.00												
11.00												
12.00												
BLC												
13.00												
14.00												
15.00												
BLC												
16.00												
17.00												
18.00												
BLC												
19.00												
20.00												
21.00												
BLC												

CM 14

Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya
Jl. Kalianget No. 1 - 2 Surabaya

LEMBAR OBSERVASI

Nama :

Kamar :

[illegible]

PROPOSAL PELATIHAN KEPERAWATAN
“PENERAPAN METODA PEMBERIAN PELAYANAN KEPERAWATAN
MODIFIKASI TIM-PRIMER”
DI PT. RUMAH SAKIT PELABUHAN SURABAYA
PADA TANGGAL 19 APRIL SAMPAI DENGAN 19 JULI 2003

I. Pendahuluan

Pemberian asuhan atau pelayanan keperawatan sebagai inti suatu praktek keperawatan profesional menuntut kemampuan para perawat untuk dapat berperan sebagai pengelola pelayanan keperawatan yang efektif. Pengelola pelayanan keperawatan merupakan salah satu peran perawat primer, karena perawat primer bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas pelayanan keperawatan yang diberikan dari awal klien masuk rumah sakit sampai dengan pindah atau pulang [Manthe, 1980]. Hal tersebut dapat dilaksanakan, jika dalam suatu tatanan / tempat pemberian pelayanan / asuhan keperawatan menerapkan suatu model penugasan pengelolaan dengan tepat, minimal metoda penugasan tim primer.

Metode pemberian pelayanan keperawatan primer adalah suatu unit pelayanan keperawatan dengan menggunakan metode penugasan primer, pelaksanaan asuhan keperawatan dikoordinir oleh seorang perawat primer yang bertanggung jawab atas perawatan total sejumlah klien, sejak klien masuk rumah sakit sampai dengan pulang atau pindah. Penerapan metoda pemberian pelayanan keperawatan primer dalam suatu tatanan pemberian pelayanan keperawatan akan terdapat beberapa keuntungan, baik terhadap

klien, perawat, dokter dan rumah sakit (Gillies, 1989). Keuntungan yang akan dirasakan adalah klien akan merasa dimanusiawikan karena terpenuhinya kebutuhannya secara individu, pemberian pelayanan keperawatan akan bermutu tinggi dan tercapai pelayanan keperawatan yang efektif terhadap program pengobatan, dukungan, proteksi, informasi dan advokasi. Kepuasan yang dirasakan oleh para perawat adalah memungkinkan untuk mengembangkan kemampuan diri melalui penerapan ilmu pengetahuan. Para dokterpun juga akan mendapatkan informasi yang akurat tentang status kesehatan klien dari seorang perawat yang benar – benar mengetahui perkembangan kesehatan klien. Keuntungan dari pihak rumah sakit adalah tidak harus memperkerjakan tenaga keperawatan dengan jumlah yang terlalu banyak, tetapi akan memperkerjakan para perawat yang berkualitas tinggi.

Berdasarkan hasil analisa situasi, pada saat ini PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya mempunyai tenaga keperawatan sebanyak 93 perawat, dan 77,42 % mempunyai latar belakang pendidikan D III Keperawatan serta rata-rata pengalaman kerja sebagian besar diatas 5 tahun. Metoda penugasan yang dilaksanakan adalah fungsional, sehingga dalam pengelolaan / pemberian asuhan keperawatan tidak berkesinambungan. Dokumentasi yang diterapkan adalah model dokumentasi tradisional dengan banyak catatan yang duplikasi, membutuhkan banyak waktu untuk kegiatan tulis menulis dan biaya untuk dokumentasi asuhan keperawatan juga akan tinggi. Dengan situasi tersebut di atas biasanya para perawat enggan untuk melaksanakan dokumentasi dan hasilnya kurang dapat dipertanggungjawabkan.

Dengan membandingkan antara konsep dan hasil analisa situasi tersebut di atas, maka metoda pemberian pelayanan keperawatan di PT. Rumah Sakit Pelabuhan

Surabaya dapat diterapkan metoda pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer. Dengan penerapan model tersebut diharapkan pengelolaan pelayanan keperawatan lebih efektif dan efisien serta terjadi peningkatan kualitas pelayanan keperawatan.

II. Tujuan

A. Tujuan umum

Setelah melaksanakan pelatihan ini para perawat mampu menerapkan metoda pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer.

B. Tujuan khusus

Setelah melaksanakan pelatihan ini, para perawat mampu :

1. Menyebutkan ruang lingkup praktek keperawatan profesional
2. Menerapkan komunikasi terapoetik pada klien
3. Menerapkan dokumentasi asuhan keperawatan efektif
4. Menerapkan metoda pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim – primer

III. Sasaran

Para perawat di ruang rawat inap I, PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya.

IV. Waktu

Tanggal 19 April sampai dengan 19 JULI 2003

V. Program Pembelajaran

TIU : Setelah melaksanakan pelatihan para perawat mampu menerapkan metoda pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer.

TIK	MATERI	METO DA	NARA SUMBER	WAK TU
Setelah melaksanakan pelatihan, para perawat mampu :				
1. Menyebutkan asuhan keperawatan profesional	Strategi penerapan MPKP	Ceramah	Purwaningsih	Sabtu , 19-4-03
2. Menerapkan komunikasi terapoetik	Komunikasi terapoetik	Ceramah Presentasi Praktek	Purwaningsih	
3. Menerapkan dokumentasi asuhan keperawatan efektif	a. Pengkajian b. Diagnosis c. Perencanaan d. Pelaksanaan e. Evaluasi	Ceramah Diskusi Praktek	Purwaningsih	28 Juni 5 Juli 2003
4. Menerapkan metoda	a. Penerapan metoda pemberian pelayanan	Ceramah, Diskusi	Purwaningsih	12-19 Juli

pemberian pelayanan keperawatan tim –primer	keperawatan primer	tim-	Praktek		2003
--	-----------------------	------	---------	--	------



Lampiran 17

MATERI PELATIHAN

**"PENERAPAN METODA PEMBERIAN
PELAYANAN KEPERAWATAN"
PT. RUMAH SAKIT PELABUHAN SURABAYA
TANGGAL 17 APRIL S/D 15 MEI
TAHUN 2003**



oleh

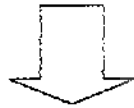
Purwaningsih

ASUHAN KEPERAWATAN PROFESIONAL

di Indonesia ?

" terjadi pergeseran pandangan dan keyakinan mengenai bidang keperawatan "

* dari tindakan prosedural yang merupakan bagian dari pelayanan medik, menuju pelayanan keperawatan berdasarkan metoda ilmiah dan ilmu pengetahuan



PROSES PROFESIONALISASI

PERAWAT ?

adalah seseorang yang berperan dalam merawat atau memelihara, membantu dan melindungi seseorang karena sakit, injuri atau proses penuaan

ellis & hartley, 1984

adalah seseorang yang memiliki kemampuan dan kewenangan dalam melaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang dimilikinya, yang diperoleh dari pendidikan keperawatan

UU Kesehatan no. 23 th. 1992

PROFESI

adalah
pekerjaan yang ditujukan untuk kepentingan
masyarakat dan bukan untuk kepentingan golongan
tertentu

Hamid, 1996

adalah

- a. memiliki dasar ilmu yang kuat
- b. berorientasi pada pelayanan
- c. otoritas
- d. kode etik
- e. organisasi profesi
- f. otonomi

de-young, 1985

KEPERAWATAN PROFESIONAL

adalah

- 1. Ilmu dan kiai
- 2. Profesi yang berorientasi pada pelayanan
- 3. Mempunyai empat tingkat klien
- 4. Mencakup seluruh rentang pelayanan kesehatan

LANDASAN KONSEP DALAM HUBUNGAN PROFESIONAL

1. Kelompok

⇒ kerjasama

2. Komunikasi

⇒ mempengaruhi interaksi kelompok

3. Hubungan kolaborasi

⇒ kemampuan klinik dan kolaborasi

4. Proses berubah

5. Kepemimpinan

PRINSIP-PRINSIP MENCIPTAKAN HUBUNGAN P- K EFEKTIF

1. Kesadaran diri

2. Sebagai " helper "

3. Menghormati

4. Saling percaya

5. Konsep empati

6. Sikap caring

7. Konsep tentang otonomi dan kolaborasi

8. Perawat sebagai pembela klien

HUBUNGAN PERAWAT - PERAWAT

1. Hubungan profesional
2. Hubungan struktural
3. Hubungan interpersonal

UPAYA UNTUK MENINGKATKAN MUTU PARA PERAWAT

1. Pendidikan keperawatan berlanjut
2. Studi banding
3. Pembahasan studi kasus
4. Pengembangan fasilitas pelayanan
5. Memperbaiki iklim lingkungan kerja
6. Penelitian keperawatan

[illegible]

**UPAYA MENINGKATKAN MUTU
PELAYANAN / ASUHAN KEPERAWATAN**

1. **Managemen keperawatan**
 - a. kemampuan komunikasi asertif
 - b. kemampuan memberi motivasi
 - c. ketrampilan mengatur waktu
 - d. kemampuan berfikir kritis
 - e. ketrampilan kepemimpinan
2. **Kepemimpinan keperawatan**
 - a. memberi bantuan
 - b. memberi kesempatan
 - c. menghargai

[illegible]

KOMUNIKASI TERAPOETIK

TAHAP PERSIAPAN / PRA INTERAKSI

1. Menguasai konsep
2. Identifikasi status kesehatan klien
3. Pengontrolan emosi

TAHAP INTRODUKSI / ORIENTASI

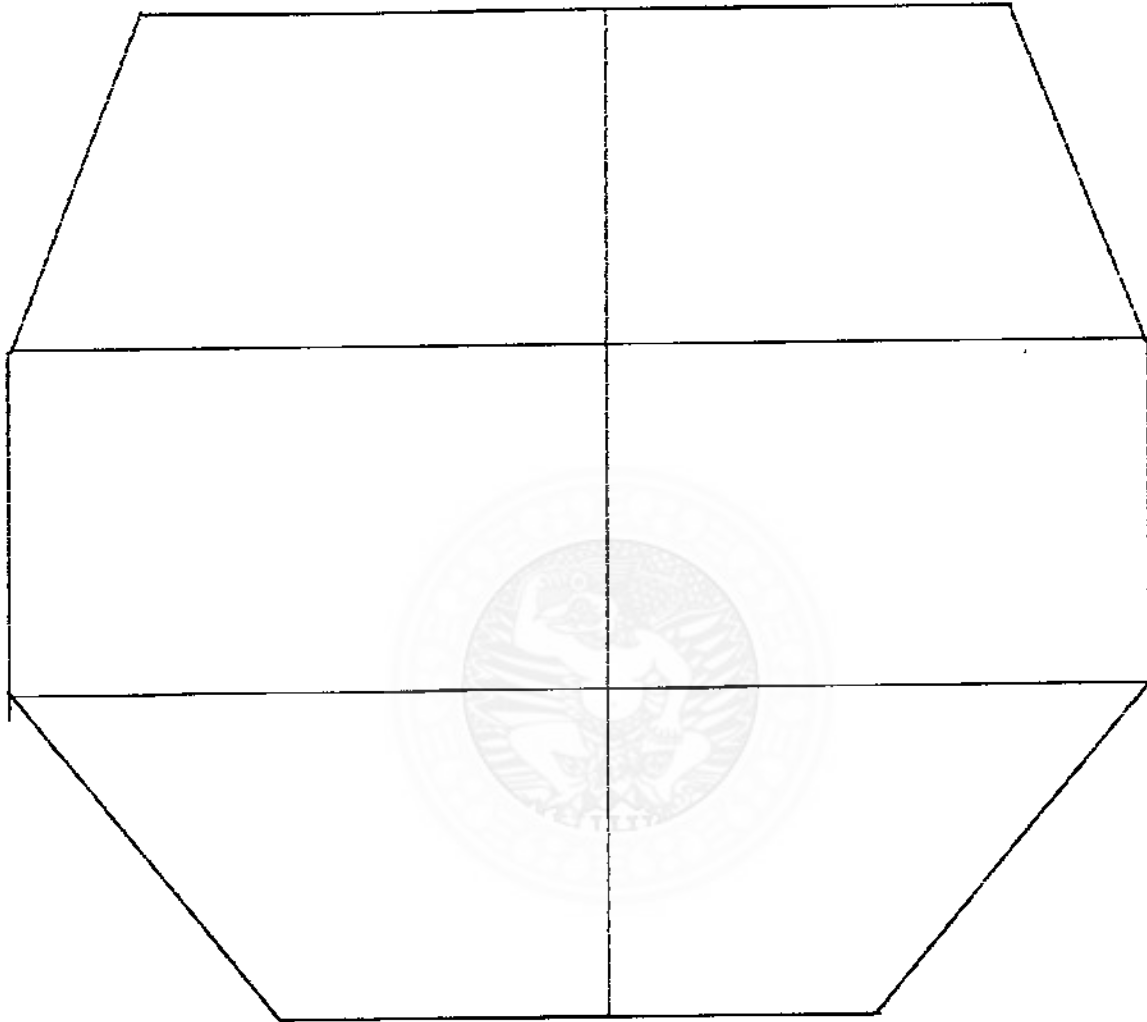
1. Memberi salam
2. Memperkenalkan diri
3. Menjelaskan tujuan komunikasi
4. Meminta persetujuan klien

TAHAP KERJA

1. Menanyakan sejauh mana tingkat pemahaman klien
2. Memberi penjelasan sesuai kebutuhan klien
3. Melibatkan klien secara aktif

TAHAP TERMINASI

1. Mengevaluasi tingkat penerimaan klien terhadap penjelasan yang sudah diberikan.
2. Memberi penjelasan ulang, jika klien belum mampu mengulang.
3. Menanyakan manfaat komunikasi kepada klien
4. Melakukan kontrak akhir / pertemuan yang akan datang.



DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN

PENGKAJIAN

1. Data dasar dan data fokus
2. Sesuai tempat pelayanan
3. Isi
 - a. masalah
 - b. resiko injuri
 - c. pemahaman klien terhadap masalah kesehatan
 - d. perencanaan pulang
4. Model format
 - a. model medical
 - b. model keperawatan
 - c. flow sheet

DIAGNOSIS

1. Aktual
2. Resiko
3. Kemungkinan

PERENCANAAN / PELAKSANAAN

1. Individual / tradisional
2. Standar
 - a. Diagnosa keperawatan
 - b. Diagnosa medis

EVALUASI

1. Catatan perkembangan
2. Evaluasi akhir

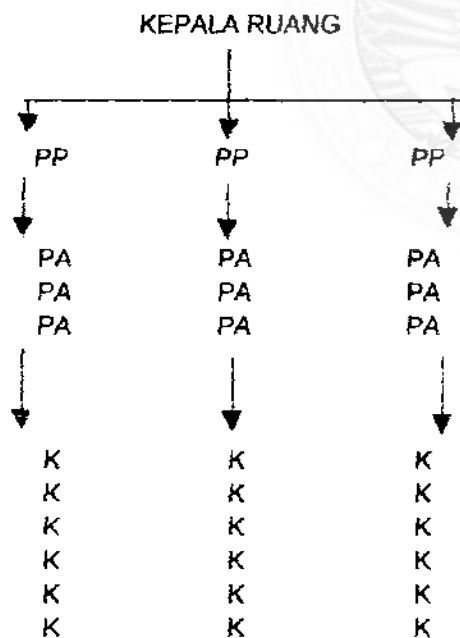


METODA PEMBERIAN PELAYANAN KEPERAWATAN MODIFIKASI TIM-PRIMER

PENGERTIAN

adalah
suatu unit pelayanan keperawatan dengan
menggunakan metoda penugasan primer,
pelaksanaan asuhan keperawatan dikoordinir
oleh seorang perawat primer yang bertanggung
jawab atas perawatan total sejumlah klien, sejak
klien masuk rumah sakit sampai dengan pulang /
pindah.

STRUKTUR



PERAN DAN FUNGSI KEPALA RUANG

1. Pembagian / penentuan PP dan PA
2. Penerimaan klien baru
3. Penyediaan material
4. Membuat daftar dinas
5. Memimpin rapat
6. Mengevaluasi kinerja perawat

**KEMAMPUAN DAN SIKAP YANG HARUS
DIMILIKI OLEH KEPALA RUANG**

1. Berfikir kritis
2. Komunikasi asertif
3. Mempunyai keinginan untuk melakukan

PERAN DAN FUNGSI PERAWAT PRIMER

1. Memberi orientasi pada klien baru dan keluarganya
2. Bertanggung jawab terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan dan dokumentasinya
3. Menetapkan rencana tindakan keperawatan untuk didelegasikan pelaksanaannya kepada PA.
4. Melakukan koordinasi dengan dokter atau tim kesehatan lain melalui komunikasi efektif.
5. Membuat perencanaan pulang
6. Membimbing dan mengawasi penerapan asuhan keperawatan dan dokumentasinya yang dilakukan oleh PA
7. Melaksanakan asuhan keperawatan tertentu secara langsung kepada klien.
8. Bertanggung jawab kepada kepala ruang

KEMAMPUAN DAN SIKAP YANG HARUS DIMILIKI OLEH PERAWAT PRIMER

1. Kepemimpinan
2. Berfikir kritis
3. Mendalami bidang spesialisasinya
4. Memiliki kesadaran diri
5. Caring
6. Kemampuan berkomunikasi
7. Energik

PERAN DAN TANGGUNG JAWAB PERAWAT ASOSIET

1. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah dibuat oleh PP
2. Bertanggung jawab atas penentuan tindakan keperawatan, jika PP tidak ditempat.
3. Berkonsultasi kepada PP dan kepala ruang, jika mengalami kesulitan

KEMAMPUAN DAN SIKAP YANG HARUS DIMILIKI OLEH PERAWAT ASOSIET

1. Caring
2. Keinginan untuk belajar
3. Menerapkan / menyadari penerapan hubungan perawat - perawat

Lampiran 18

PROPOSAL FGD
MENGENAI PENERAPAN METODE PEMBERIAN
PELAYANAN KEPERAWATAN TIM-PRIMER
DI INSTALASI RUANG RAWAT INAP
PT. RUMAH SAKIT PELABUHAN SURABAYA.

Tujuan : Para peserta FGD mampu membuat kesepakatan terhadap langkah selanjutnya dalam menerapkan hasil penelitian mengenai pengembangan metode pemberian pelayanan keperawatan di Instalansi Ruang Rawat Inap PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya.

Peserta :

1. Direktur Utama PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya.
2. Manajer Keperawatan
3. Manajer Instalansi Ruang Rawat Inap
4. Penanggung jawab ruang rawat inap
5. Penanggung jawab shift
6. Perwakilan dari perawat pelaksana

Hari, tanggal : Kamis, 28 Agustus 2003

Waktu : 13.00-14.30 BBWI

Fasilitator : Ibu Dwi Aryani, drg, MARS

Kegiatan :

1. Presentasi hasil penelitian oleh peneliti

2. Tanya jawab
3. Masing-masing peserta memberikan tanggapan terhadap penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer yang telah diujicobakan dan mengemukakan pendapat terhadap langkah selanjutnya dalam penerapannya.
4. Kesimpulan

